دافيد رجل الكهف

حوار مع رجل الكهف في

اضطرابات الشخصية



BORDERLINE
AVOIDANT NEGATIVISTIC PASSIVE-AGGRESSIVE
ANANKASTIC DISSOCIAL NARCISSISTIC SCHIZOID
DEPENDENT EMOTIONAL UNSTABLE
ANTISOCIAL DEPRESSIVE IMPULSIVE PARANOID
HISTRIONIC ANXIOUS HYPERTHYMIC SCHIZOTYPAL
CYCLOTHYMIC OBSESSIVE-COMPULSIVE



حوار مع رجل الكهف في
اضطرابات الشخصية

حوار مع رجل الكهف في
اضطرابات الشخصية

المحاورة الثانية

دافيد رجل الكهف

حوار مع رجل الكهف في اضطرابات الشخصية

دافيد رجل الكهف

ردمك: 3-18-754-9931-978

الإيداع القانوني: السداسي الأول – 2020

مؤسسة دروملين للنشر والتوزيع

رقم 01 حي ابن سينا، بئر خادم، الجزائر

رقم الهاتف: 0780002496 (213)/0561391469 (213)

البريد الألكتروني: dromelin.publishing@gmail.com

الموقع الإلكتروني: www.dromelin.dz

الإهداء

إلى **داني** بمناسبة عيد ميلاده الثامن، متمنيًا ألا أكون
قد مررت أو سببت له أي اضطراب نفسي.

إلى **لوسيل** معالجتي النفسية التي ساندتني
لأكثر من عقد ونصف من الزمن.

إلى كل **مصاب باضطراب شخصية** والذين أنا واحد منهم.

رجل الكهف

Anankastic personality disorder

Antisocial personality disorder

Anxious personality disorder

Avoidant personality disorder

Borderline personality disorder

Cyclothymic personality disorder

Dependent personality disorder

Depressive personality disorder

Dissocial personality disorder

Emotional unstable personality disorder

Emotional unstable personality
disorder, borderline type

Histrionic personality disorder

Hyperthymic personality disorder

Impulsive personality disorder

Narcissistic personality disorder

Negativistic personality disorder

Obsessive-compulsive personality disorder

Other specified personality disorder

Paranoid personality disorder

Passive-aggressive personality disorder

Personality change due to another
medical condition

Personality disorder not otherwise specified

Schizoid personality disorder

Schizotypal personality disorder

Unspecified personality disorder

الفهرس

في الصباح

في الظهيرة

في المساء

في الليل

هذه المحاورة

على مدار أربع وعشرين ساعة، يدور حوار حول اضطرابات الشخصية بين ثلاث أشخاص هم لوسيل وداني ورجل الكهف. وإن هذا الكتاب هو تدوين لهذا الحوار الذي قد تم تقسيمه إلى أربعة أقسام بحسب الأوقات المختلفة لليوم والليلة.

يبدأ الحوار صباحًا بحديثٍ عن الاضطرابات النفسية بشكل عام، وعن اضطرابات الشخصية بشكل خاص، في نظرة عامة وشروحات شمولية.

ثم ينتقل الحوار بعد الظهيرة للحديث في التفاصيل، لدرجة أن الشروحات التفصيلية عن اضطرابات الشخصية ومعايير تشخيصها وتوصيف شخصياتها وما يتعلق بهذه الأمور قد استغرق باقي اليوم كله. ولقد هيمن على فترة بعد الظهيرة هذه مرجعان أساسيان هما: (DSM-5 2013) و (Beck 2016).

في فترة المساء -التي يفرض فيها المرجع (Barlow 2014) حضوره- يقوم رجل الكهف بشرح أساليب علاج اضطراب الشخصية الحدية مركزًا على نظرية المخطط، والعلاج السلوكي الجدلي والعلاج السلوكي المعرفي.

ومن ثم، فإنه قد تم إدراج وقائع لجلساتٍ حقيقيةٍ لعلاج اضطراب الشخصية الحدية، إضافة إلى قصة واقعية أيضًا لفشلٍ للعلاج السلوكي الجدلي حصلت مع مؤسسته مارشا م. لينهين Marsha M. Linehan.

أخيرًا، يقضي رجل الكهف ليله كاملاً حتى العاشرة من صباح اليوم التالي وهو يسرد قائمة المراجع التي بلغ عددها نحو ثلاثمئة وخمسين مرجعًا لكتب ومقالات وأبحاث، غالبيتها حديثة جدًا لدرجة أن بعضها هو من إصدار هذا العام 2019، وجميعها تقريبًا معتمدة أكاديميًا وفي الممارسة، كما أنها منشورة من قبل دور نشر رفيعة المستوى من مثل: American Psychiatric Association و The Guilford Press و Oxford University Press

و Chicago University Press و Springer و Oxford و Medical Publications و Studentlitteratur و Academic Press و Nature & Kultur و Cambridge University Press.

أما الدراسات والمقالات فهي منشورة في أهم المجلات المرموقة في هذا المجال، ليس أدنى من: Harvard Review of Psychiatry و Journal of Personality Disorders و American Journal of Psychiatry و Journal of Clinical Psychology و Personality and Mental Health و Annual Review of Clinical Psychology و Clinical Psychology Review و International Review of Psychiatry و Advances in Psychiatric Treatment و British Journal of Psychiatry و Behavioural Research and Therapy.

وبهذا تنتهي الأربع وعشرون ساعة، وتنتهي المحاورة، ويعود القارئ إلى عالمه الواقعي بعد رحلة تعرف فيها على شخصياتٍ كثيرة، من بينها هو نفسه.

المحاورة الثانية المزدوجة

يبدو أن كون هذه المحاورة هي المحاورة الثانية من سلسلة حوار مع رجل الكهف قد أثر على خصائصها جاعلاً منها محاورة مزدوجة.

إنها، في واقع الأمر، تجلس تمامًا على الحد الفاصل بين أن تكون مبسطة وموجهة للعامة، أو أن تكون أكاديمية وموجهة للمتخصصين.

لقد جرت العادة في هذه المحاورة أن أعبر عن كل اضطراب من اضطرابات الشخصية بكلمة واحدة. وإني إن أردت تطبيق هذا التقليد على هذه المحاورة نفسها، فإني وبدون أي تردد سأقول: "المزدوجة".

فمن جهة، إن هذه المحاورة مكتوبة بطريقة مبسطة وسلسة مع مؤثرات تساعد القارئ الغير أكاديمي على التركيز والحصول على أعلى فائدة ممكنة له. لكن في الوقت عينه، فإن القارئ الأكاديمي سيجد فيها ما يثير اهتمامه أيضًا.

حيث إن هذا الأخير سيجد فيها كنزين إثنين أولهما هو أن المحاورة هي ترجمة عن أمهات الكتب في هذا المجال وأحدثها وموثقة بالمصادر، وثانيهما هو وجود كنز من المراجع المنتقاة بعناية.

هذه المراجع هي أيضًا مزدوجة بامتياز. فهي ليست مقتصرة على اضطرابات الشخصية فحسب، وإنما إنها تحتوي على مراجع شاملة للاضطرابات النفسية أيضا.

ولا تقف ازدواجيتها هناك، بل هي مزدوجة في مناح عديدة. فعلى سبيل المثال، من يريد كتبًا سهلة القراءة والفهم لغير المتخصصين سيجد ضالته فيها من مثل كتابي: (Leahy, RL. The Worry Cure: Seven Steps to Stop Worry from Stopping You 2006) و (Beat the Blues Before they Beat You: How to Overcome Depression 2010)، وبنفس الوقت، سيجد المتخصصون (The Oxford Handbook of Personality Disorders 2012) و (Textbook of

Shorter Oxford) و (2018 Cultural Psychiatry
Textbook of Psychiatry 2018) ونحوها.

ومع أني من جهةٍ قد بنيت المحاورة بناءً على أحدث المراجع ومع نظرة إلى المستقبل من قبيل (Our Psychiatric Future: The Politics of Mental Health 2019) إلا أني، من جهة أخرى، لم أغفل عمن يشاطرني عشق رائحة الورق الأصفر القديم، لذا، فقد وضعت لهم مجموعة مراجع من مثل (Clinical Psychiatry: A Textbook for students and physicians 1904).

كما إنه وعلى الرغم من أن المحاورة مصممة كي يتم قرائتها بشكل كامل من البداية إلى النهاية بسلاسة. فإن كل باب من أبواب المحاورة، هو أيضاً مصممٌ بشكل متكامل كي يكون بالإمكان قراءته منفردا.

هذا وإني في النهاية أتمنى أن يحصل القارئ على فائدة مزدوجة من هذا العمل، أولها هو ما ورد بين دفتيه من معلومات، وثانيها باعتبارها جسرًا يصله بأحدث المراجع المتعلقة باضطرابات الشخصية بشكل خاص، والنفسية بشكل عام.

مقدمة المحاورة

أليس من الغريب أن الإنسان قد بدأ بفهم الأمور البعيدة عنه، ثم الأقرب فالأقرب، إلى أن بدأ مؤخرًا العمل على فهم نفسه؟ بسبب هذه الحقيقة، فإن الثقافة النفسية لا تزال تصارع بين العامة محاولة الانتشار بينهم.

إن هذا ينطبق حتى على دول العالم الأول التي، بالطبع، قد قطع فيها انتشار الثقافة النفسية شوطًا أكبر مما قطعه في الدول النامية.

كما إن انتشارها اليوم (2019) يختلف من مجتمع إلى آخر. على أني أجرؤ على القول أن الغالبية الساحقة ممن يعيشون معي الآن على هذا الكوكب البائس لا يزالون لم يسمعوا أصلاً بوجود شيء يدعى ثقافة نفسية أو أمراضًا نفسية ونحوها.

لهذا السبب، فإني بدأت العام الماضي 2018 بإعداد سلسلة على قناة اليوتيوب أحاديث رجل الكهف باسم On Psychology والتي شرحت فيها الاضطرابات الاكتئابية واضطرابات ثنائي القطب واضطرابات الشخصية، من بين أمور أخرى، قبل أن أقرر التوقف عن المتابعة فيها لضيق وقتي.

بيد أني عقدت العزم على تأليف مرجع باللغة العربية يكون ترجمة أمينة لبعض أهم وأحدث المراجع العالمية التي تفتقر اليها المكتبة العربية. لكن بما أن شخصيتي هي وسواسية قهرية فإن العمل تضخم حتى فقدت السيطرة عليه فعرفت أنه لن يتم إنجازه، كحال بعض أسلافه.

لقد كان ذلك محبطًا جدًا بعد الجهد والوقت اللذين بذلتهما في المشروع. لذا أتتني فكرة تجزيء ما تم إنجازه من العمل، وهكذا ولد هذا الكتاب الذي أتمنى أن يحقق للقارئ الفائدة التي يرجوها منه مهما كانت، فإن فعل فإن جهدي سيكون قد أثمر.

وإني آمل من القارئ الذي حصل على فائدة من هذا العمل المساعدة في محاولة توعية الآخرين من حوله بوجود الاضطرابات النفسية، وأن اللجوء

إلى الطبيب النفسي ليس بأمر معيب، فأنا متأكد أن كل شخص يفعل هذا لهو سينقذ على الأقل حياة واحدة ما كانت لتنقذ لولاه.

تنويه

هذا الكتاب يحتوي على معلومات تتعلق بالصحة النفسية.

تجدر الإشارة إلى أنه على الرغم من أني متأكد من صحة جميع المعلومات الواردة في هذه المحاورة -لأنني ترجمتها بنفسي، وبمنتهى الدقة، عن أهم وأحدث الكتب والأبحاث والدراسات في هذا المجال- إلا أنه لا يجب، بحال من الأحوال، أن يتم استخدامها كبديل عن مراجعة الاخصائيين النفسيين.

إن كل حالة هي مزيج متفرد لا يشابه غيره. وعليه، فيجب أن تدرس بعناية من قِبل الأخصائي قبل أن يحدد التشخيص المناسب ومن ثم أساليب العلاج المناسبة.

إني كمؤلف لهذا النص أرى أن غايته الأساسية للقارئ الغير أكاديمي -الذي قد اقتنى هذا الكتاب لأنه يريد فهم أحد أو بعض اضطرابات الشخصية- تتمثل في استيعاب ما تم شرحه هنا عن هذا الاضطراب أو ذاك. ومن ثم، فإن من يخامره الشك أنه هو نفسه أو أحد معارفه قد تنطبق عليه أعراض ومحددات تشخيص الاضطراب موضِع البحث، فليعرض الأمر على أخصائي. هذا الاخصائي هو من يقرر إن كان هناك تشخيص ما يجب أن يعطى و/أو علاج ما يجب الالتزام به، أو، بالطبع، نفي الأمر برمته.

أما بالنسبة للقارئ الأكاديمي، فيجب أن يُعتبر كل باب من أبواب هذا العمل كلمحةٍ موجزة عن الموضوع عنوان الباب، وهذا لأني لم أتوسع كثيرًا في الشروح. فالشروح تقود إلى المزيد من التفاصيل. والتفاصيل تقود للمزيد من الملاحظات. والملاحظات تتطلب المزيد من الأمثلة. والأمثلة تقود للحالات الخاصة التي بدورها تقود للمزيد من الشروح التي تتطلب المزيد من التفاصيل وهكذا.

ومع أن هذه الدوامة هي وقود البحث، إلا أنها تقف عقبة في وجه الأكاديميين الذين يريدون الحديث عنها سواء في المحاضرات أو في الكتب. وعليه، فيجب على الراغب في أن يقول "لقد فهمت هذا الاضطراب أو

ذاك" أن يعود إلى المراجع. ولا يجوز له على الاطلاق قول هذه الجملة مكتفيًا بما سطرته أنا في هذه الصفحات فحسب.

على أن ما سطرته أنا كافٍ تمامًا للذي يريد أن يعرف بدقة كافية نظرة عامة على اضطرابات الشخصية، أما بالنسبة للآخر الذي يريد التعمق في أمر ما، فإني قد أرفقت أربعة عشر مرجعًا في مقابل كل واحدٍ من اضطراب الشخصية الخمس وعشرون الذين احتوتهما دفتا هذا المجلد. فللمزيد من الشروحات حول اضطراب ما وأمثلة أكثر وتفاصيل طرق العلاج ونحوها يمكن العودة إلى هذه المراجع.

قراءة المحاورة

على الرغم من أن المحاورة مصممة كي يتم قراءتها بشكل كامل من البداية إلى النهاية بسلاسة. فإن كل باب من أبواب المحاورة هو أيضًا مصممٌ بشكل متكامل كي يكون بالإمكان قراءته منفردا.

وفي الحقيقة، إني أرى أن تتم في البداية قراءة المحاورة كاملة، ومن ثم الإبقاء عليها كمرجع عند الحاجة.

أما بالنسبة لأولئك الذين -لسبب ما- لا يفضلون اتباع النصائح الهامة، فإني أقول لهم إنه لا مهرب الآن، فإن أنتم تجاهلتم نصيحتي السابقة، فإني أؤكد لكم هنا أن قراءة مدخل المحاورة والباب الأول هي فرض لازم قبل قراءة أي باب آخر. فقبل قراءة باب اضطراب الشخصية الحدية على سبيل المثال -وهو اضطراب قد تم التركيز عليه في هذه المحاورة- فإنه يجب قراءة ما دار من أحاديث في الصباح.

إن عدم الالمام بالحوار الصباحي -قبل الاطلاع على أي حوار جرى بعده- ليس فقط سيحد بشكل كبير من فهم هذا الأخير، بل إنه وبكل تأكيد سيتسبب بأن يتم فهمي بطريقة خاطئة.

في الصباح

مدخل المحاورة
ما هي الاضطرابات النفسية؟

بعد عودة داني ولوسيل من عطلتهما الصيفية التي التقيا فيها بساكن الكهف غريب الأطوار ذاك، عكف كلاهما على تحرير ما جرى بين ثلاثتهم من محاورات. وخلال بضعة أشهر، أبصر عملهما النور على شكل كتاب حمل عنوانًا مباشرًا وصريحًا وهو "حوار مع رجل الكهف في: ما المثقف؟" لكن على الرغم من سعادتهما بهذا الإنجاز إلا أنهما كانا مدركين حق الإدراك أن عملهما هذا غير مكتمل، بل هو أشبه ما يكون بعمل مبتور! كيف لا وهم لم يتحدثوا مطلقًا عما اعتبره رجل الكهف العمود الفقري لتكوين المثقف (2018: 444) والشرط اللازم والكافي لبناء عقلية مثقفة (2018: 763).

كانا يتحرقان شوقًا إلى اغتنام أول فرصة كي يعودا ويكملا حوارهما مع ذلك الرجل ذو الوجه الخالي من التعابير. وها هي الفرصة قد لاحت؛ عطلة الأعياد في آخر العام! ومما حفزهما أكثر على عدم إضاعة هذه العطلة هو أن الكتاب المذكور قد نُشر قبلها بأسبوعين فقط. ولذا، سارع الشابان بإيصال هذا الخبر إلى رجل الكهف عارضين عليه زيارتهما القريبة والتي قوبلت بالترحاب من قبله. فبدآ على الفور تجهيز نفسيهما لزيارة الكهف من جديد.

ليس من الضروري أن نتحدث عن رحلتهما إلى الكهف في هذه المرة، كما فعلنا في المرة السابقة (2018: 16-32)، لا وليس من الضروري الحديث عن يوم وصولهما. فالأحاديث التي جرت في ذلك اليوم كانت في معظمها تدور حول تحرير ونشر كتاب "حوار مع رجل الكهف في: ما المثقف؟" وحول أمرين قد فاجئهما بهما رجل الكهف وهما: أولًا إقلاعه عن التدخين تمامًا (وهو أكثر شيء لم يستطيعا تصديقه، فقد عهداه

مدخن غليون شرهًا جدًا)، وثانيهما هو أنه قد وصل إلى مرحلة النباتية الصرفة أو ما يسمى اصطلاحًا "الخضرية" في نظامه الغذائي.

وبالتالي، تلك الأحاديث على غير صلة مع موضوع هذه المحاورة. فالأمور قد أخذت منحى يخالف التوقعات؛ مما نتج عنه أن هذه المحاورة هي بعيدة كل البعد عن المحاورة التي كان من المفترض أن تتم في هذه الزيارة كتكملة للمحاورة السابقة. لذا، فيستحسن أن نبدأ التدوين هنا من المشهد الذي سبب حدوث هذا التغيير.

حصل هذا حوالي الساعة التاسعة والنصف من صباح اليوم التالي لوصولهما، حيث كان داني أول المستيقظين فأخذ يسلّي نفسه في تقليب الكتب الملقاة على مكتب رجل الكهف المزدوج. وبعد قليل استيقظت لوسيل، وبعدها بحوالي نصف ساعة استيقظ رجل الكهف الذي نظر إلى داني نظرة لا تخلو من الانزعاج. وعند هذه اللحظة دار الحوار التالي هكذا تمامًا دون أي مقدمات:

داني: لقد لاحظت في زيارتنا السابقة أنك مهتم بعلم النفس، لكني لم أتوقع أنك تقرأ كل هذه الكتب في تشخيصات وعلاجات الاضطرابات النفسية!

رجل الكهف: ولم لا يا عزيزي. إن جميع ما يقوم به البشر من عمليات فكرية، وجميع ما يشعرون به، بل إن إدراكهم بالكامل مرهون بالطريقة التي يعمل بها الجهاز النفسي لكل فرد منهم. وبالتالي، فإن فهم الاضطرابات النفسية هو مفتاح لنا كي نفهم أنفسنا بشكل أفضل، كما وكي نستطيع تحليل تصرفات الناس والحكم على جودة أفكارهم.

لوسيل: نعم لقد تحدثنا في المرة الماضية عن أن الأفكار التي يقوم بتوليدها كل دماغ هي من الاستحالة بمكان أن تعتبر موضوعية (2018: 93-206).

رجل الكهف: بالتأكيد، ومن هنا تنبع أهمية دراسة وفهم الاضطرابات النفسية التي تصيب الناس. فإن جاءنا شخص يدّعي صادقًا أنه يرى ويسمع ما لا يراه ويسمعه غيره، فإن الفرق بين أن نكون جاهلين

بالاضطرابات النفسية أو مطلعين عليها ينتج عنه أن نعتبر هذا الشخص نبيًا أو قديسًا ونتبع هلوساته، أو أن نأخذه إلى مركز العلاج النفسي قبل أن يؤذي نفسه أو غيره.

أو عندما يأتينا متفلسف ليطرح علينا فلسفته العدمية، ويخرج لنا بنتيجة يراها هو منطقية جدًا، وهي أن الحياة لا تستحق أن تعاش وأن الانتحار هو الحل العقلاني الذي علينا جميعًا اللجوء إليه، فإن هذا الإنسان هو على الأغلب يعاني من الاكتئاب. وبالتالي، بدل أن ندخل معه في جدل عقيم أو أن نتبع استنتاجاته بسذاجة، نستطيع أن نقول له بكل صراحة: "أنت يا صاحبي مريض، دماغك لا يعمل كما يجب عليه أن يعمل، عليك بحل مشكلتك الخاصة أولاً قبل أن تعمم على البشرية نظريتك السوداوية هذه".

داني: لكن مهلا! من نحن كي نقرر أنه مكتئب وأنه غير طبيعي؟ أليس من الممكن أننا نحن -الذين نقرر ذلك- غير طبيعيين أيضًا بل وبحاجة إلى العلاج؟ بل أليس من الممكن ان نكون نحن -الذين نقول له ذلك- غير طبيعيين وهو الطبيعي؟ ألا يقولون "خذوا الحكمة من أفواه المجانين؟" ما هو المعيار الذي سنعتمده لنقول إن هذا طبيعي وذلك لديه مشكلة تحتاج حلاً؟

رجل الكهف:هذا سؤال ممتاز. ومع أن الإجابة عليه قد تتضمن جدلاً فلسفيًا وعلميًا طويلاً إلا أنني أرى الأمر على وجه العموم بسيطًا على النحو التالي: نحن نتاج ملايين السنين من العمل الدؤوب للانتقاء الطبيعي. وبالتالي، فلننظر إلى النتاج العام الذي فضله الانتقاء الطبيعي في تكوينا النفسي ولنعتبر ما برمجنا عليه الانتقاء الطبيعي على أنه "طبيعي". أما إن حصل خلل في عمل إحدى البرمجيات هذه مما من شأنه أن يعيق الفرد عن مواصلة حياته بشكل طبيعي، أو أن هذا الخلل قد يسبب خطرًا على الشخص نفسه و/أو غيره، فلنعتبر هذا "غير طبيعي".

لوسيل: هل لي بمثال؟

رجل الكهف: إن جهازنا النفسي، كما سبق وتحدثنا في المرة الماضية، مبرمج بطريقة يسمح لنا بالتعلم من تجاربنا. التجارب السيئة تسبب لنا شعورًا نكرهه جميعنا، وذلك على عكس التجارب الجيدة. وبهذه الطريقة نستطيع أن نتعلم أن هذا الأمر جيد لنا، بينما ذاك على العكس منه. وعليه إذًا فإن الحزن الناتج عن المرور بتجربة سيئة هو أمر طبيعي جدا.

لكن أن يجد الإنسان نفسه عالقًا في هذا الحزن، والذي يجنح إلى التفاقم مع مرور الوقت بدل أن يجنح إلى التلاشي، معيقًا الفرد عن القيام بأنشطته الطبيعية الاعتيادية، بل موصلاً إياه إلى التفكير بإنهاء حياته لأنه غير قادر على رؤية أي أمل في المستقبل، كما ولأن درجة الألم النفسي الذي يعانيه تفوق قدرته على احتمالها، هذا ما يُعتبر فشلاً في آلية عمل جهازه النفسي كما برمجه الانتقاء الطبيعي. فليس من الممكن أن يقوم الانتقاء الطبيعي بانتقاء -والمحافظة على- نزعة الأفراد لقتل أنفسهم؛ هذا يتنافى بشكل تام مع آلية عمل الانتقاء الطبيعي.

وعليه، فنحن نقول لهذا الشخص كما سبقت الإشارة: "أنت يا صديقي بحاجة إلى رؤية أخصائي كي يساعدك على إصلاح هذا الخلل الذي تعاني منه. هذا ما يجب عليك فعله الآن بدل أن تحكم على الحياة كلها بنظرتك التشاؤمية هذه".

داني: لماذا لم تعطيني جوابًا مباشرا؟ هل تريد أن تقول إنه لا يوجد تعريف محدد للاضطرابات النفسية؟

رجل الكهف: في الواقع، نعم بكل أسف، حتى اليوم لا يوجد تعريف محدد أو حدود واضحة للاضطرابات النفسية. وهناك خلاف حول الاضطرابات النفسية والاضطرابات العقلية والأمراض النفسية والأمراض العقلية وسواها من المسميات. لكن، على أي حال، يجب ألا ننسى ما سبقت الإشارة إليه من أنه لا يوجد شيء اسمه عقل (رجل الكهف 2018: 70). وإن كنا لا نزال نقول اضطرابات أو أمراض عقلية، فإن هذا مرده إلى التركة الثقيلة التي لا زلنا متأثرين بها وهي ثنائية الجسد والعقل.

بيد أنه، في الواقع، جميع الاضطرابات والأمراض العقلية دون استثناء هي ذات أساس بيولوجي مادي، وبالتالي فإنها جميعًا، بطريقة أو بأخرى، أمراض فيزيولوجية كحال جميع الأمراض الأخرى (DSM-IV 1994: xxi) و (أنظر Hollandsworth 1990).

داني: رويدك يا صاحبي. لو أن هناك أذية في الدماغ أو خللاً في نشاطه لأمكننا أن نقول إن الاضطراب أو المرض الناتج عنه هو فيزيولوجي حتما. لكن في مثل حالة المثال الذي ذكرته أنت نفسك، ذلك الذي وقعت له مصيبة قادته إلى الاكتئاب وربما قربته من الانتحار أو أوصلته إليه، إني أرى أن هذا لديه اضطراب نفسي ليس ناتجًا عن مسبب بيولوجي.

رجل الكهف: هذا الجدل طويل جدًا لكني أراه غير ذي معنى في عمقه. هذا لأن جميع الأحاسيس التي يشعر بها الإنسان هي نتيجة لنشاطٍ ما كيميائي أو كهربائي في الجسم. هذه المشاعر ليست منفصلة عن الجسد بأي شكل من الأشكال. وبالتالي، فنعم قد لا يكون لدى هذا الشخص خللٌ جيني سبب الاكتئاب له، لكن هذا لا يمنع كونه ذا سبب بيولوجي، ليكن خللاً في السيروتونين على سبيل المثال.

لا يمكنك، يا داني، أن تشعر بأي شيءٍ دون نشاطٍ مادي ما يحصل في جسدك. ولهذا السبب، نحن نجنح لأن نقول بأن الشخص الميت لا يشعر بأي شيءٍ وهذا لانعدام وجود أي نشاطٍ بيولوجي في جسده، اللهم إلا البكتيريا السعيدة بالتهام وجبتها الطازجة.

لوسيل: إذًا أنت ترى أن جميع الاضطرابات العقلية هي ذات منشأ بيولوجي.

رجل الكهف: بدايةً، مع أنه من المقبول اليوم استخدام عبارتي الاضطرابات العقلية، والاضطرابات النفسية تبادليًا، لكن دعينا نتجنب استخدام كلمة اضطراب عقلي، فلا وجود للعقل كي يحصل له اضطراب! دعينا نسميها اضطرابات نفسية أو أمراضًا نفسية، وهذا كي نفرقها فقط عن تلك التي ليس لها تأثير حتمي على الحالة النفسية للإنسان؛ كمرض

السكري والتهاب المفاصل وغيرهما من الأمراض الفيزيولوجية. رغم أن كلا النوعين هما ذوي منشأ بيولوجي إلا أن تجلياتهما تختلف تماما.

وكي أدعم لكِ فكرتي، يكفيني الإشارة إلى أنه سواء كان الاضطراب عصبي المنشأ كالصرع والزهايمر أو نفسي المنشأ كالفصام والتوحد بل وحتى الاكتئاب فإن كلا الحالتين تظهران اختلافات تشريحية في أدمغة المصابين بهما.

كما إن بعض مناطق الدماغ كالحُصين **Hippocampus** مثلاً - التي تؤثر في معالجة الذاكرة والمشاعر- تكون غالبًا بحجم مختلف عند المصابين بالأمراض النفسية والعصبية على حد سواء مقارنة بنظرائهم المعافين.

لكن بطبيعة الحال، إن الاضطرابات العصبية تسبب شذوذًا في عمل مناطق الدماغ المختلفة كما وشبكة الاتصالات في الدماغ بطريقة تختلف عن الاضطرابات النفسية (Rettew 2015).

داني "مقاطعًا بنظرة تعجب وهو يشير إلى كتاب DSM-IV": هل يعقل أن يكون هذا الكتاب الذي يبحث في تشخيص الاضطرابات العقلية كما هو مكتوب عليه، أو الاضطرابات النفسية كما أحببت أنت تسميتها، لم يضع تعريفًا لهذه الاضطرابات التي يبحث هو فيها؟!

رجل الكهف: في الواقع لقد ذكر محررو هذا الكتاب أنهم غير موافقين على عبارة "اضطرابات عقلية" هذه المستخدمة في عنوانه، إلا أنهم يستخدمونها على أي حال لعدم توافر البديل المناسب. وجوابًا على سؤالك، فانهم قد أشاروا بوضوح إلى أن مفهوم الاضطراب النفسي، حاله كحال غيره من الكثير من المفاهيم الطبية والعلمية، يفتقر إلى تعريف تشغيلي يغطي جميع الحالات.

ومع ذلك، فهم قد أبقوا على التعريف الذي كان مدرجًا في النسخة الأقدم بقولهم: كل اضطراب نفسي مدرج في هذا الكتاب يصنف على أنه أعراض نفسية أو سلوكية ذات مغزى سريريا؛ حيث إنه يترافق مع تواجد

محنة أو عجز، أو مع ارتفاع ملحوظ في خطورة المعاناة من الموت، أو الألم، أو العجز، أو فقدان هام في الحرية (DSM-IV 1994: xxi).

ونجدهم في النسخة الأحدث يؤكدون على أن كل اضطراب نفسي يجب أن يكون عبارة عن أعراض توصف كاضطراب بليغ سريريًا في إدراك الفرد، أو في انتظام مشاعره، أو سلوكه والذي ينعكس كاختلال وظيفي في العمليات النفسية أو البيولوجية، أو التنموية المتضمنة في الوظائف العقلية. مضيفين أن الاضطرابات النفسية تكون مترافقة عادة مع محنة بليغة أو عجز في الأنشطة الاجتماعية أو الوظيفية، أو أي أنشطة هامة أخرى (DSM-5 2013: 20).

هذه هي المحددات المعتمدة اليوم كي نقول عن حالةٍ ما أنها تمثل اضطرابًا نفسيًا يا لوسيل.

لوسيل: من الواضح أن المحنة التي يعيشها الفرد هي ما يحدد كونه مريضًا نفسيًا أم لا.

رجل الكهف: تمامًا، على أن المعاناة هذه يجب أن تؤثر سلبًا على حياة الإنسان وتعيقه عن ممارسة حياته الطبيعية و/أو تسبب خطرًا عليه و/ أو على الآخرين (أنظر Harrison 2018).

داني: إذًا الاضطراب النفسي يجب أن يتضمن معاناة أو خطرًا من نوع ما.

رجل الكهف: بكل تأكيد. هذه هي القاعدة: لا يوجد اضطراب نفسي جيد، أو ممتع، أو مفيد للإنسان. لا شك أنه تتفاوت خطورة هذه الاضطرابات ودرجات المعاناة التي تنتج عنها، لكن لا بد لها جميعًا من أن تتضمن آثارًا سلبية على الفرد من وجهة نظر الفرد.

وعندما أقول من وجهة نظر الفرد، لا أعنى هذه العبارة بالطريقة التي نقصدها عادة، بل أعنى من وجهة نظر الفرد ككائن بيولوجي؛ سلامة هذا الكائن البيولوجي ورخاءه هو المقصود.

لوسيل: لماذا تقول هذا؟ هل يمكن ألا يعرف الفرد نفسه أن لديه اضطرابًا نفسيًا يسبب له الأذى؟

رجل الكهف: بالطبع! كيف يمكنكِ أن تقنعي شخصًا بأن لديه هلوسات أو أوهام وتعريف هذين الاثنين يقتضي بالضرورة أن الفرد يعتقد أن ما ينتج عنهما حقائق؟ كيف يمكن لشخصٍ يعاني من نوبة هوسٍ أن يقدر أنه بحاجةٍ ماسةٍ إلى العلاج وهو غير مدركٍ أساسًا أنه يقوم بتصرفات قد تؤذيه أو تؤذي غيره؟ في حالاتٍ كهذه، على سبيل المثال لا الحصر، إن الفرد لا يستطيع أن يقرر أنه بحاجةٍ إلى طلب المساعدة لأنه غير مدركٍ لوجود خطب ما لديه، على أن هذا لا ينفي أنه يجب على المحيطين به طلب العلاج له دون انتظار موافقته.[1] هل فهمتما الفكرة؟

داني: نعم، بيد أني أفكر الآن أنه أليس من الممكن أن يقوم المجتمع، والحالة هذه، باعتبار أي سلوكٍ منحرفٍ جنسيًا كان أو دينيًا، أو حتى سياسيًا، والذي قد ينتج عنه صراع بين الفرد والمجتمع، على أنه اضطراب نفسي؟

رجل الكهف: قطعًا كلا (DSM-5 2013: 20). هذه لعبة يلعبها ثواليث القمع كثيرًا لكنها هراء محض (رجل الكهف 2018: 33-92). ما لم يكن هذا الانحراف أو الصراع نتيجة اختلال وظيفي لدى الفرد فإن القول بأن هذا أو ذاك لديه اضطراب نفسي لمجرد كونه مختلفًا، بأي شكلٍ كان، عما يعتبره المجتمع سلوكًا سليمًا هو مجرد كلام جُهّال لا أكثر. ومن هنا تنبع أهمية المراجع التي تحدد تشخيصات للاضطراباتِ النفسية؛ كي لا يكون الأمر مجرد أهواء أو آراء شخصية (أنظر Tseng 2003 و Buhugra 2018).

لوسيل: إذًا لا يوجد أي علاقةٍ بين المحدداتِ المجتمعية وبين الاضطراباتِ النفسية (أنظر Kirmayer 2017).

رجل الكهف: كلا، إن هناك علاقة بينهما. فقبل أن نحدد أن شخصًا ما لديه اضطرابٌ نفسي، علينا أن ننظر إلى المحددات المجتمعية ذات الصلة بهذا الاضطراب. وبالتالي، فإن أي استجابةٍ مقبولةٍ مجتمعيًا عند

حدوثِ خسارة ما أو مؤثرٍ ما لا تعتبر اضطرابًا نفسيًا طالما كانت متوقعة من الأشخاص في هذا المجتمع في مثل هذه الظروف؛ كالحزن على وفاة شخص عزيز مثلاً وما يقوم به الفرد في مثل هذه الحالات (DSM-5 2013: 20) و (DSM-IV 1994: xxi).

لوسيل "بحيرة": لم أفهم!

رجل الكهف: خذي طقس السُتي الهندوسي القديم كمثال، حيث كان يتوجب على المرأة أن تقتل نفسها بعد وفاة زوجها. وفي مجتمعاتٍ أخرى عليها أن تبقى في عويلٍ ونحيب ممتنعةً عن القيام بأي شيءٍ مدةً من الزمن.

طالما كان الفرد يتصرف بما توجبه عليه العادات أو الأعراف أو الواجبات الدينية فلا يعتبر سلوكه هذا ناجمًا عن اضطراب نفسي حتى ولو كانت هذه التصرفات مدرجة كأعراضٍ لأحدِ الاضطراباتِ النفسية (أنظر Lewis-Fernandez 2016).

لوسيل: وهل هناك محددٌ ما يمكن اعتماده كي يقرر الفرد أن عليه الذهاب إلى أخصائي نفسي؟

رجل الكهف: سأختصر الأمر عليك. إذا تساءل الشخص فيما هل يتوجب عليه زيارة أخصائي نفسي أم لا، فليذهب! لأنه على الأغلب بحاجة لذلك.

هذا وعليكِ أن تعرفي يا لوسيل أن مجرد الذهاب إلى أخصائي نفسي لا يعني بالضرورة أن الشخص يعاني من اضطراب نفسي. جميع الناس يمرون بفتراتٍ سيئة في حيواتهم أو فترات يكونون فيها بحاجة إلى دعم أو مساعدة. لذا، فإن الذهاب إلى المعالج غالبًا ما يكون مفيدا.

داني "مقاطعا": وهل مجرد الشعور بهذا يعني أن على الإنسان أن يخضع للعلاج؟

رجل الكهف: في الواقع هذه أمور مختلفة. إن مجرد شعورك بأن لديك خطبًا ما لا يعني بالضرورة أنك ستحصل على تشخيص باضطراب نفسي.

وإن حصلت على تشخيص بأحد الاضطرابات النفسية، فإن هذا لا يعادل الحاجة إلى العلاج.

إن الحاجة إلى العلاج هو قرار سريري معقد يأخذ بعين الاعتبار شدة الأعراض، مثل وجود أفكار انتحارية، ومحنة المريض، وشدة ألمه النفسي، والعجز المرتبط بالأعراض التي لدى المريض، والمخاطر والفوائد المرجوة من العلاج المتاح حاليًا، كما وعوامل أخرى كالأعراض النفسية المعقدة لمرض آخر.

وبالتالي، فالأطباء قد يواجهون أفرادًا والذين أعراضهم لا تطابق المعايير الكاملة لاضطراب نفسي ما لكن تبدو عليهم الحاجة الواضحة للعلاج أو الرعاية. وعليه، فإن حقيقة أن بعض الأشخاص لا تظهر عليهم جميع الأعراض الدالة على التشخيص لا يجب أن يستخدم كمسوغ لتبرير الحد من حصولهم على الرعاية المناسبة (DSM-5 2013: 20).

لوسيل: هذا مثير حقا. وما رأيك في أن الاضطرابات النفسية تقوم بتصنيف الناس في مجموعاتٍ بحسب الاضطرابات التي لديهم؟

رجل الكهف: هناك قلة من الناس يفضلون هذا، وهم أولئك الواعون المدركون لمعاناتهم من أحد الاضطرابات المزمنة، ووجهة نظرهم هي أن هذا الاضطراب أو ذاك هو جزءٌ من شخصياتهم أو من كيانهم الذاتي، كالمصابين بأحد اضطرابات الشخصية أو اضطراب ثنائي القطب مثلا. فليس من النادر أن يقول لك شخص ما "أنا ثنائي القطب" بدل أن يقول "أنا لدي اضطراب ثنائي القطب".

لوسيل "مقاطعة بابتسامة": هذا لطيف حقا.

رجل الكهف: على أنه من وجهة نظر أكاديمية هذا النوع من التصنيف غير محبذ يا لوسيل. فكما أنه لا يجوز أن نقول عن شخصٍ ما أنه سرطان أو أنه سكري، بل نقول شخصٌ مصابٌ بالسرطان أو بالسكري، فبالمثل يجب أن نقول شخصٌ مصابٌ بالفصام لا شخص منفصم، ويجب أن نقول شخصٌ مصابٌ بالاكتئاب الحاد أو الاكتئاب المستمر لا شخص مكتئب (DSM-IV 1994: xxii). [2]

لوسيل: فهمت فكرتك، إنها منطقية.

داني: هل عدد المصابين باضطراباتٍ نفسيةٍ كبيرٌ جدا؟

رجل الكهف: في الواقع يستحيل القيام بإحصائيةٍ عالميةٍ لعدة أسباب. فمعظم الناس حول العالم ما يزال لديهم جهلٌ كبيرٌ في الثقافة النفسية، حيث نجد أن جميع ما نعتبره اليوم اضطرابات نفسية لديه مقابلات خرافية في كل ثقافة. وبالتالي، فإن معظم الناس حتى اليوم لا يزالون يلجؤون الى المشعوذين، على اختلاف أنواعهم، طلبًا للعلاج بدل لجوئهم إلى المعالجين النفسيين (رجل الكهف 2018: 344).

كما إن أكثر الناس المصابين باضطرابات نفسية لا يعرفون أنهم مصابون بها، وخاصة إذا كانت مرافقة لهم منذ الطفولة، وبشكل أكثر خصوصية إذا كان آخرون في أسرهم يعانون من أعراضٍ مشابهة، فينشأ الفرد معتقدًا أنه لا مشكلة لديه بل هو طابع خاص لا أكثر، كاضطرابات الشخصية على سبيل المثال.

لوسيل "مفكرة": أعتقد أنك مصيب.

رجل الكهف: إضافة إلى أن بعض الاضطرابات التي تشتمل على نوبات، كثنائي القطب مثلاً، قد تكون نوباتها متباعدة جدًا لدرجة أن الفرد قد لا يربط بينها بل يعتقد أن مزاجه في هذه الحالة أو تلك ناجم عن سبب بيئي ما وليس لأنه مصابٌ باضطراب نفسي.

ناهيكِ عن أن بعض الاضطرابات تجعل الفرد نفسه محجمًا عن طلب العلاج؛ فليس من النادر أن يصل شخصٌ مصابٌ باكتئاب حاد إلى الانتحار دون أن يفكر مجرد تفكير بطلب المساعدة؛ هذا لأن الاكتئاب نفسه قد أفقده أي أملٍ في أن من الممكن له الحصول على حياة تستحق أن تُعاش (أنظر Hunt 2009).

وبالإضافة لهذا، فإن معظم الناس يشعرون بالخجل من طلب المساعدة النفسية، وغالبيتهم لا ثقة لهم بالمعالجين والأطباء النفسيين، وقسمٌ كبيرٌ منهم يجد صعوبة أساسًا في تقبل فكرة أن يجلسَ مع شخصٍ آخر ويفتح قلبه له.

ولا تنسي أن تكاليف العلاج النفسي مرتفعة في معظم دول العالم وأحياناً لا يغطيها التأمين الطبي.

وهكذا نجد أن لدينا قائمة طويلة من المسببات التي تحد من إمكانية تقدير عدد المصابين باضطرابات نفسية في العالم (أنظر Segall 1990).

على أي حال، لقد أشار المعهد الوطني للصحة العقلية في أمريكا إلى أن ربع سكان أمريكا قد تم تشخيصهم بأحد الاضطرابات النفسية. وهذا رقمٌ مرعبٌ إذا أخذنا بعين الاعتبار ما ذكرته سابقًا من معوقاتٍ لطلب العلاج، وبالتالي معوقات لمعرفة عدد المرضى الحقيقي، فإن هذا يعني بالضرورة أن أكثر من ربع السكان عمليًا مصابون باضطراباتٍ نفسيةٍ يمكن تشخيصها وعلاجها (أنظر Grant 2004).

داني "بدهشة": هذا مرعب حقا؛ إذا أردنا تعميم هذا الرقم على باقي دول العالم فنحن نتكلم عن أن أكثر من ربع سكان العالم حتمًا مصابون باضطراب نفسي ما!

رجل الكهف: هذا صحيح، وعليك أن تعرف أن تسعين بالمئة من المنتحرين كان لديهم اضطراب نفسي يمكن علاجه، لكنهم ببساطة لم يلجئوا لطلب العلاج.

وهذا هو السبب الثاني لاهتمامي بدراسة الاضطرابات النفسية؛ وهو لأنها شائعةٌ أكثر بكثير مما تعتقدان. فإذا أخذنا التقديرات والإحصائيات بعين الاعتبار فسنجد أنفسنا أمام حقيقة مرعبة وهي أنه في كل بناء، وفي كل شركة، وفي كل معمل، بل وفي كل حافلةٍ هناك أشخاصٌ مصابون باضطرابات نفسية (أنظر Krysinska 2006 و Harwood 2001 و Hawton).

لوسيل: يا للهول! إني أتمنى أن تحدثنا عن الاضطرابات النفسية؛ فمن الواضح أن هذا الموضوع هو على جانب منقطع النظير في الأهمية.

داني: رويدك يا لوسيل. إن هذا حديث طويل جدًا، وعلينا أن نبحث موضوع القراءة.

لوسيل: إني أجد هذا الحديث مثيرًا للاهتمام كثيرًا، فليس لدي معلوماتٌ وافية عنه رغم خطورته وسعة انتشاره.

داني: في الحقيقة، وأنا أيضا. لكن يجب أن نكمل الجزء الثاني من المحاورة يا لوسيل.

لوسيل: يمكننا فعل ذلك لاحقا. ما رأيك يا رجل الكهف؟

رجل الكهف "بوجهه الخالي من التعابير": يستوي الأمران عندي.

داني "مفكرا": حسنًا، أتفق معك يا لوسيل، فلنبحث هذا الأمر إذاُ فإن معرفتنا به نحن الاثنين شبه معدومة. وأعتقد أننا إن قمنا بنشر هذه المحاورة ككتاب، فإن هذا الكتاب لا يقل أهمية أبدًا عن الكتاب الذي أردنا نشره عن القراءة، فربما نستطيع مساعدة الكثير من الناس بسبب هذا العمل، ثم في وقت لاحق فلنعلمهم القراءة. هذا الموضوع أكثر أهمية كما هو واضح.

رجل الكهف: فليكن ذلك. لكن دعونا نشرب القهوة أولا.

الباب الأول

ماهي اضطرابات الشخصية؟

(645-649 :2013 DSM-5)

(733-735/673/629-631 :1994 DSM-IV)

(50-58 :2016 Beck)

(391-413 :2018 Harrison)

لوسيل "وهي ترتشف القهوة": أريد أن أسألك في البداية سؤالًا لطالما تساءلت عنه في خلدي، هل الأشخاص الذين نطلق عليهم نعوتًا، كأن نقول إنهم نرجسيون أو شكاكون أو نحو هذه من أوصاف، هل يعتبرون مرضى نفسيين كأولئك الذين لديهم اكتئاب أو توحد أو وسواس قهري أو غيرها، أم أن تلك الشخصيات لا تعتبر اضطرابات نفسية؟

رجل الكهف: سؤالٌ جيد. في الواقع هناك مجموعة من الاضطرابات النفسية تسمى اضطرابات الشخصية، لكن بسبب جهل الناس بهذه الاضطرابات، فكثيرًا ما يتم نعت بعض الأشخاص بأنهم مصابون بأحدها، كالمثالين الذين ذكرتيهما، مع أنهم في الواقع -من وجهة نظر طبية- لا يمكن اعتبارهم كذلك.

وفي المقابل، فإن كثيرًا من الأشخاص المصابين باضطرابات الشخصية في حقيقة الأمر لا يعرفون أنهم مصابون بها، ولا يعرف المحيطون بهم أنهم مصابون بها؛ ولذا، فهم لا يفهمون سبب سلوك هذا الشخص هذا المنحى الغريب، ويعتقدون مخطئين أنه يسلك هذا السلوك عامدًا، غير مدركين أنه مريضٌ بحاجةٍ إلى المساعدة.

داني "بحماس": كلامك صحيح تماما. حدثنا عن هذه الاضطرابات بشيء من التفصيل كي نفهمها.

رجل الكهف: إن اضطرابات الشخصية يا صديقيّ توصف أنماطًا دائمة من الشعور الداخلي والسلوك، بطريقة تختلف بشكلٍ ملحوظٍ عما يُفترض أن يشعر به الأفراد أو يسلكونه بناءً على المعايير الثقافية الخاصة بهم.

وحتى تعتبر هذه الأنماط تجليات لاضطرابات الشخصية، فإنه يجب أن تسيطر على الأفراد معظم الوقت، ويجب أن يكونوا غير مرنين فيها، على أن تكون بداياتها في مرحلة المراهقة أو بدايات سن الرشد المبكرة على أقصى تقدير، وأن تبقى مستمرة بشكلٍ دائمٍ مسببةً معاناةً ما أو اعتلالاً لهؤلاء الأشخاص.

لوسيل: هل لك أن تحصي لنا هذه الاضطرابات؟

رجل الكهف: بكل سرور. على عكس التصنيف الدولي للأمراض الذي تصدره منظمة الصحة العالمية (ICD-10 1992) فإن الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الذي تصدره الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين (DSM-5 2013) يقسم اضطرابات الشخصية، بحسب أوجه التشابه فيما بينها، إلى ثلاث مجموعاتٍ رئيسيةٍ ومجموعةٍ فرعيةٍ على النحو التالي:

المجموعة الأولى (Cluster A): وهي تضم الاضطرابات التي تنطبق على الأشخاص الذين يمكن وصفهم بأنهم شاذون أو غريبو الأطوار. وتنضوي تحتها الاضطرابات التالية:

أولاً: اضطراب الشخصية المرتابة، أو الزورانية، أو الشكاكة paranoid personality disorder. وهو يوصّف نمطًا من الشك وعدم الثقة الدائمة؛ حيث يرى المصاب بهذا الاضطراب جميع الآخرين حاقدين عليه ويفسر دوافعهم دائمًا على أنها خبيثة.

إن المصاب باضطراب الشخصية المرتابة يا لوسيل هو شخص شكاك وحساس، كما يمكن ملاحظة أن لديه إحساساً بأنه شخص ذو أهمية، بيد أنه قد يشعر بالذل والخزي بسهولة.

إنه مرتاب دومًا، مما يجعله يراقب تصرفات الآخرين على الدوام بحثًا عن أي محاولات لاستغلاله أو خداعه، ولذا فإنه يصعب على الآخرين التعايش معه.

إنه يجد صعوبة في إقامة علاقات صداقة مع الآخرين كما انه يتجنب أن يشترك في أي مجموعات. وهو شخص يبدو عليه أنه يخفي أسرارًا ومكتفٍ ذاتيا. كما أنه يشعر بالإهانات بسهولة ويتوهم أنه يتم انتقاده دون أن تكون هناك نية لدى أحد بانتقاده.

إنني يا عزيزيّ أتكلم عن شخص قد تصل به حدة أفكاره الشكوكية إلى أن تتشكل لديه أوهام بأنه شخص مضطهد. إنه شخص ممتعض، حاملٌ للضغائن، غالبًا ما يقف موقفًا مضادًا لكل نصيحة تقدم إليه، بل قد يصل به الأمر إلى رفع دعاوى قضائية على أشخاص آخرين (Harrison 2018: 398).

ثانيًا: اضطراب الشخصية الفصامية **schizoid personality disorder**. والذي يوصّف نمطًا من الانعزال عن العلاقات الاجتماعية مع محدودية في التعبيرات العاطفية.

داني "مقاطعا": ما هذا الاسم الغريب؟ schizoid!

رجل الكهف: لقد اقترح هذا الاسم الطبيب النفسي الألماني ارنست كريتشمر Ernst Kretschmer الذي كان مقتنعًا بأن هذا النمط من الشخصية هو ذو صلة بالفصام.

داني: كيف ذلك؟ صف لنا نمط الشخصية هذا، من فضلك، كي أفهمك.

رجل الكهف: المصاب باضطراب الشخصية الفصامية هو شخص بارد عاطفيًا، مستقل، منعزل، غارق في أفكاره التي تميل إلى أن تكون خيالات وهمية شديدة. إنه غير قادر على اظهار مشاعر حميمية أو مشاعر غضب. أضف إلى أنه يبدي اهتمامًا قليلاً في العلاقات الجنسية. بل إنه قد يبدو شخصًا قاسي القلب إن كانت حالته شديدة.

إنه بشكل عام، يا داني، لا يرتاح عندما يكون في صحبة أحد، ولا يقوم بأي علاقات مقربة، بل إن مشاعره الأسرية ضعيفة هي الأخرى. إنه شخص منغلق على نفسه ذو نمط حياة انعزالي وغالبًا ما يقضي حياته دون زواج.

ومما يساهم أكثر في اعتزاله الناس هو استمتاعه القليل جدًا أو المعدوم، عند القيام بالأنشطة التي يستمتع بها الناس عادة.

هذا وإنه يبدي اهتمامًا بالأفكار العقلانية دونما أي محتوى من العواطف. كما أنه شخص غارق في الخيالات، بل دعني أقل، في عالمه الداخلي شديد التعقيد من الخيالات (Harrison 2018: 399).

داني: لقد اتضحت الصورة. شكرًا لك.

لوسيل: دعنا نتابع اضطرابات الشخصية. لقد حدثتنا عن اثنين منها حتى الآن.

رجل الكهف: هذا صحيح. إن الاضطراب الثالث من اضطرابات المجموعة الأولى لدى (DSM-5 2013) هو **اضطراب الشخصية الفصامي النمط، أو الفصامي النوع، أو ذو النمط الفصامي schizotypal personality disorder**. الذي يوصّف نمطاً من عدم الارتياح للعلاقات المقربة مترافقٌ مع تشوهاتٍ معرفيةٍ أو إدراكيةٍ وغرابةٍ في الأطوار.

داني "ممتعضا": رباه! اسم أكثر غرابة من سابقه! ما هذه الأسماء بحق السماء!

رجل الكهف: دعك من الاسم وركز على المضمون. إن المصاب باضطراب الشخصية الفصامي النمط يا داني، هو شخص غريب التصرفات في سلوكه وكلامه، ويقوم بردود أفعال عاطفية غير ملائمة. وهو مدرك أنه مختلف عن الآخرين لدرجة أنه لا يمكنه أن يختلط بهم.

إنه يشعر بقلق اجتماعي إذا كان برفقة أحد ما، لذا فهو يعاني في تشكيل العلاقات، ويفتقر الى الاصدقاء وإلى الثقة بنفسه على حد سواء.

لوسيل "مقاطعة": هذا يماثل حال زملائهم ذوي الشخصية الفصامية.

رجل الكهف: عليك التمييز بين الإثنين في أن ذي الشخصية الفصامية هو قانع وراض بهذا الحال، على عكس ذي الشخصية الفصامية النمط الذي قد تصل به تشوهاته الإدراكية إلى الاعتقاد بالإشارات - وليس الأوهام- وأعني اعتقاده بأن الأحداث العابرة الطبيعية تحمل في واقع الامر رسائل له.

كما أن لديه أفكار شكوكية، ومعتقدات غريبة، وأفكار سحرية (كقراءة الأفكار، والاستبصار، والتخاطر ونحوها)، بالإضافة إلى عيشه تجاربًا إدراكية غير طبيعية (كاعتقاده بوجود أحدهم في المكان أو حتى ما يقارب الهلوسات). ناهيك عن أن طريقة كلامه تكون غريبة أيضا.

داني: ماذا تقصد بغرابة الكلام؟

رجل الكهف: كاستعماله لكلمات غير ملائمة، وصياغة الجمل بطريقة غير اعتيادية، والغموض في كلامه، الذي يجنح إلى الاستطراد فيه.

أضف إلى هذا أن ردود أفعاله العاطفية تكون أيضًا شاذة، وغريبة، وقاسية، مع مشاعر محدودة جدا. هذا بالإضافة إلى سلوكه غريب الأطوار المتكلف بطريقة غير معتادة، واختياره الغريب للملابس، وسلوكه الاجتماعي الأخرق.

داني "بابتسامة": فهمت مقصدك.

رجل الكهف: دعونا ننتقل إلى المجموعة التي تشغل اضطراباتها الأربعة مجتمعة الحيز الأكبر من الممارسات العيادية حاليًا، وهي **المجموعة الثانية (Cluster B)** في (DSM-5 2013) التي تنضوي تحتها الاضطرابات التي توصّف أشخاصًا عاطفيين ودراماتيكيين، وهي:

أولاً: اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع **antisocial personality disorder**. والذي يوصّف نمطًا من السلوك معاديًا للآخرين مع إهمالٍ تامٍ لحقوق هؤلاء الآخرين ومشاعرهم.

إن المصاب باضطراب الشخصية المعادية للمجتمع هو شخص ينكر حقوق الآخرين، يفتقد إلى الشعور بالذنب، يتصرف باندفاعية ونادرًا ما يقوم بالتخطيط لما سيقوم به، قاس القلب، لا يستطيع التعلم من أخطاءه ومن المشاكل التي يمر بها، أو بالأحرى تلك التي يتسبب بها هو لنفسه ولغيره، حتى ولو تعرض للعقوبة أو خسر خسارة فادحة، بل إنه غالبًا ما يجعل من الأمر أكثر سوءًا بإدمانه الكحول والمخدرات.

والحق أنه يرمي باللوم على الآخرين بينما يقوم بعقلنة مسببات فشله التي تتعلق به. إنه وبقسوة، يفتقد إلى التعاطف مع الآخرين لدرجة أنه قد يستغل الآخرين أو حتى أن يكون عنيفا.

أضف إلى ذلك أن علاقاته الجنسية تفتقد إلى الحميمية، بل إنه قد يقوم بالاعتداء الجنسي أو الجسدي على شريكه.

قد يبدو عليه أنه شخص جذاب، يا لوسيل، إلا أن علاقاته تبقى سطحية وقصيرة الأمد بما فيها علاقاته في العمل، فنجده مضطرًا لتبديل أماكن عمله باستمرار.

هو شخص عديم المسؤولية، يا داني، كما أنه يهرب من تحمل أي مسؤولية، بالإضافة لعدم التزامه بالمعايير الاجتماعية. إنه لا يلتزم بالقواعد وكثيرًا ما يخترق القانون ويقوم باعتداء عنيفة.

إنه طائش، حيث يقدم على القيام بمخاطرات بغض النظر عن سلامته أو سلامة الآخرين. إنه سريع الغضب، وعندما يغضب، فهو يعتدي على الآخرين بعنف. ناهيك عن أنه شخص مخادع ومستهتر في الأمور المالية (Harrison 2018: 399-400).

ثانيًا: اضطراب الشخصية الحدية **borderline personality disorder**. الذي يوّصف نمطًا من عدم الاستقرار في العلاقات، وفي صورة الشخص عن نفسه، مترافقٌ مع اندفاعيةٍ واضحة.

إن المصاب باضطراب الشخصية الحدية يا لوسيل، يعيش حياته وهو يعاني من فيض المشاعر القوية الذي يجتاحه. سعيه وراء العلاقات المقربة

غالبًا ما ينتهي بخيبات أمل. وغالبًا ما يثقل كاهل شريكه بسبب شدة تطّلبه العاطفي.

إنه يتعجب هو نفسه من حدة تقلبات مزاجه التي لا يمكن التكهن بها التي تدفع به نحو الغضب أو اليأس. كما أنه كثيرًا ما يكون لديه عدم أمان في هويته الشخصية مما يجعله يحتاج إلى نوع من الاستقرار وإعادة التوكيد، الأمر الذي يزعجه ويصيبه بالتشنج، إن صح التعبير.

إن سلوك إيذاء النفس شائع لدى المصابين باضطراب الشخصية الحدية يا عزيزتي، سواء محاولات الانتحار أو جرح أنفسهم للتخفيف من التوتر. إن سلوك إيذاء النفس هذا قد يكون شديدًا جدًا إلى درجة أنه قد يستحوذ لوحده على كل جهود العلاج.

كما أن إساءة تعاطي الكحول والأدوية والمخدرات هي من الأمور الشائعة بين المصابين باضطراب الشخصية الحدية كمحاولات لإخماد مشاعرهم المزعجة.

ثالثًا: اضطراب الشخصية التمثيلية **histrionic personality disorder**. وهو يوصّف نمطًا من فرط العاطفة مترافقٌ مع محاولاتٍ محمومةٍ للفتِ الانتباه.

إن تمثيل الفرد الدرامي يمثل أبرز سمة من سمات هذا الاضطراب. بما في ذلك الابتزاز العاطفي، الغضب، وتمثيل محاولات انتحار بطريقة درامية.

هو شخص سطحي يسهل التأثير فيه وخاصة من قبل ذوي السلطة. يبحث دومًا عن الإثارة ولفت الانتباه، يمل بسرعة، ويفقد حماسه بسرعة كذلك. حياته العاطفية دراماتيكية وقد تسبب الإرهاق للآخرين. على أنه يتعافى بسرعة وكثيرًا ما يصل إلى درجة تجعله لا يدرك لم أن الآخرين لا يزالون مزعوجين!

هل تفهمانني؟ إن قيمه ليست في مأمن. مهتم زيادة عن اللزوم بمظهره الخارجي بصورة مستمرة. إنه يبحث عن العلاقات المقربة وقد يستخدم الإغراء في مواقف غير ملائمة. وقد يبدو إنسانًا عديم القيمة متمحورًا على نفسه.

لديه قدرة كبيرة على خداع نفسه، إنه يؤمن بما يقوم هو بتلفيقه، مهما كان لا يمكن تصديقه، بل حتى وإن كان مفضوحًا من قبل الناس. في الحقيقة يا داني في الحالات الشديدة كذبه يصل إلى مرحلة مَرَضية، فيلقبه الناس بالكذاب المرضي أو المحتال.

رابعًا: اضطراب الشخصية النرجسية **narcissistic personality disorder**. والذي يصف نمطًا من الشعور بالعظمة والحاجة إلى الإعجاب مترافقٌ مع عدم وجود تعاطفٍ مع الآخرين.

داني! هل أنت معي؟ إن المصاب بهذا الاضطراب يا داني، هو شخص لديه شعور بالعظمة وبأنه شخص ذو أهمية، كما أنه متبجح بصورة مبالغ فيها. إنه مشغول على الدوام بنجاحاتٍ عظيمة، أو قوة كبيرة، أو عبقرية ذهنية، أو حتى جمال أخاذ، لكن جميعها من نسج خياله هو.

إنه يعتبر نفسه شخصًا استثنائيًا ويتوقع أن على الجميع الإعجاب به وأن يقدموا له المزايا ويعاملوه بطريقة خاصة. إنه مقتنع يا لوسيل، بأنه شخص يستحق الأفضل لذا ترينه يحاول أن يلصق نفسه بأشخاص من الطبقات الرفيعة.

كما تراه، يا داني، يستغل الآخرين دون أي تعاطف معهم أو إظهار أي اهتمام بمشاعرهم. إنه يحسد الناس على ممتلكاتهم ومكاناتهم ويتوقع أن هؤلاء الآخرين أنفسهم يحسدونه بنفس الطريقة التي يحسدهم هو بها (Harrison 2018: 401-402).

المجموعة الثالثة (Cluster C): تنضوي تحتها الاضطرابات التي توصّف أشخاصًا قلقين وخوّافين، وهي تضم الاضطرابات التالية:

أولاً: اضطراب الشخصية التجنبية **avoidant personality disorder**. وهو يصف نمطًا من الكبت الاجتماعي والشعور بعدم الكفاءة أو عدم الأهلية مع فرط حساسية للتقييم السلبي.

إن المصاب بهذا الاضطراب هو شخص متوتر على الدوام يشعر بعدم الأمان، شخصيته ضعيفة، يشعر أنه أدنى منزلة من الآخرين، وأنه غير مثير للاهتمام، وغير كفؤ اجتماعيا.

إنه مشغول دومًا بمخاوفه من أن يتم رفضه، أو عدم قبوله أو نقده. وخائف من أن يتم إحراجه أو السخرية منه. وهو حذر في التجارب الجديدة، لأن لديه قاعدة واضحة تقول: "تجنب المخاطر، وتجنب الأنشطة الاجتماعية".

داني "مقاطعا": إذن هو شخص يحب الوحدة.

رجل الكهف: كلا، ليس الأمر كذلك. فعلى الرغم من أن لديه عدد قليل من الأصدقاء، إلا انه ليس باردًا عاطفيا. إنه في الواقع تواق إلى تلك العلاقات التي لا يستطيع إقامتها.

داني "بابتسامة": شكرًا على التوضيح.

رجل الكهف: إن اضطراب الشخصية الاعتمادية **dependent personality disorder**، يا داني، هو الاضطراب الثاني في المجموعة الرئيسية الأخيرة من اضطرابات الشخصية، وهو يوصّف نمطًا من السلوك المنقاد مترافقٌ مع التعلق بآخرين ناجمٌ عن الحاجة الماسة لدى الشخص لأن يتم الاعتناء به من قِبل غيره.

إن المصاب بهذا الاضطراب يسمح للآخرين بأن يتحملوا مسؤولية القرارات الهامة في حياته. إنه مطاوع ومذعن بصورة كبيرة. يفتقد إلى الحيوية ويشعر أنه غير قادر على الاعتناء بنفسه. يتجنب تحمل أي مسؤوليات وقد يبالغ في طلب المساعدة في اتخاذ قراراته الحياتية اليومية.

في الحقيقة، إن المصاب باضطراب الشخصية الاعتمادية غالبًا ما يجد الدعم من شريكٍ أكثر قوة وسيطرة، وإنه قد لا يطلب العلاج مطلقًا إلا عندما ينفصل عن شريكه هذا، سواء بهجران الأخير له أو بموته.

ثالثًا: اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية obsessive-compulsive personality disorder. وهو يصف نمطًا من الانشغال الدائم بالترتيب والمثالية والانضباط.

أقصد بهذا، يا لوسيل، أن المصاب بهذا الاضطراب مشغول على الدوام بالتفاصيل والقوانين واللوائح والأنظمة والترتيب. إن لديه نزعة إلى الكمال هي من القوة بمكان لتجعل أبسط المهام هي بمثابة أعباء ثقيلة لا يستطيع إنجازها وهذا راجع إلى إغراقه في تفاصيل لا تنتهي.

صحيح أنه قد يفتقر إلى الخيال وأنه يفشل في استغلال أي فرصة قد تلوح أمامه؛ إلا أنه في المقابل، غالبًا ما يكون ذا معايير أخلاقية عالية، وكثيرًا ما يكون ذا ضمير متيقظ بشكل مبالغ فيه.

بالإضافة إلى أنه دائم المحاكمة للمواقف ولنفسه وللأشخاص، وهلم جرا. وبينما يستمتع الناس بوقتهم، فإن ذوي اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية الذين بينهم يكونون غير مرتاحين ولا مرحين.

إنه يفتقد يا لوسيل إلى القدرة على التأقلم مع المواقف والأوضاع الجديدة. إنه جامد بوجه عام وغير مرن. يتجنب التغيير ويفضل الروتين المألوف، وقد يكون عنيدًا ومتحكما.

أما ماليًا، فهو على العموم شخص مقتصد، هذا الاقتصاد قد يصل مرحلة البخل أحيانًا، بل إنه قد يجنح إلى ادخار المال واكتناز الأشياء. متحذلق ولا يلقي بالًا للأعراف الاجتماعية. وإن أكثر ما يعاني منه هو الحذر المفرط، والشك المبالغ فيه اللذان يقودانه دومًا إلى حالة من الارباك.

أما **المجموعة الأخيرة** من اضطرابات الشخصية فهي تضم اضطرابات الشخصية الإضافية غير الرئيسية وهي:

أولًا: تغيّر في الشخصية ناجم عن حالةٍ طبيةٍ أخرى personality change due to another medical condition. وهو يصف اضطرابًا دائمًا في الشخصية ناجمٌ عن التأثير النفسي المباشر لحالةٍ طبيةٍ أخرى كأذيةٍ في الفص الجبهي على سبيل المثال.

ثانياً: لدينا اضطرابُ شخصيةٍ **محددٌ** آخر **other specified personality disorder**، وزميله اضطرابُ شخصيةٍ **غيرُ محدد** **unspecified personality disorder** وهذه المجموعة الأخيرة يتم اعتمادها في إحدى حالتين؛ أولهما، هي أن تنطبق المعايير العامة لاضطرابات الشخصية على نمط شخصية أحدهم، وأن تتوافر فيه سمات عدة اضطرابات شخصية، بيد أنه في الوقت عينه لا تنطبق عليه معايير تشخيص أي منها.

وثانيهما، هي أن تنطبق المعايير العامة لاضطرابات الشخصية على نمط شخصية أحدهم، وأن يقرر الطبيب أن هذا الشخص لديه اضطراب شخصية غير جميع تلك التي ذكرتها لكما، على سبيل المثال: اضطراب الشخصية السلبية العدوانية passive-aggressive personality disorder.

وبما إن الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية هو في تطوير مستمر، فسأشير إليكما أن الاضطرابين الأخيرين كانا، في الإصدار ما قبل الأخير (DSM-IV 1994)، مدمجين تحت مسمى ***اضطراب في الشخصية لا يمكن تحديده خلاف ذلك personality disorder not otherwise specified***.

لوسيل "بتعجب": لم أفهم ماذا تقصد بهذا المسمى الغريب.

رجل الكهف: هذا المسمى قد تم تقديمه سابقاً كي يتم استخدامه في حالتين. أولاهما تحدث عندما تكون شخصية الفرد تطابق المعايير العامة لاضطراب الشخصية ولديها خصالٌ من عدة اضطرابات شخصية إلا أنها لا تطابق معايير تشخيص أي اضطراب شخصية.

بكلمات أخرى، إن ***اضطراب في الشخصية لا يمكن تحديده خلاف ذلك*** هو التشخيص المناسب للحالات التي تختلط فيها أعراض عدة اضطرابات شخصية لتشكل اضطراباً في الشخصية هو مزيج من عدة اضطرابات لكنه لا يطابق معايير تشخيص أي منها.

وبالتأكيد، يجب أن تكون هذه الأعراض هي من الحدة بمكان لأن تسبب نوعًا ما من العجز (الاجتماعي، في العمل، في المدرسة... إلخ).

أما الحالة الثانية لاستخدام هذا التشخيص فهي أن يطابق الشخص المعايير اللازمة لاضطراب الشخصية، إلا أن اضطراب الشخصية هذا الذي طابق معاييره ليس مدرجًا في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية.

وسأعطيك نفس المثال السابق: اضطراب الشخصية السلبية العدوانية passive-aggressive personality disorder (DSM-IV 1994: 733-735)، وسأزيدك بمثال آخر: اضطراب الشخصية الاكتئابية personality disorderdepressive (DSM-IV 1994: 732-733).

لوسيل: لقد فهمتك الآن، لكن هلا أخبرتني عن هذين الاضطرابين الأخيرين الذين يصر ال DSM على عدم الاعتراف بهما.

رجل الكهف: إن السمة الأساسية **لاضطراب الشخصية الاكتئابية** هي نمط واسع الانتشار من الإدراك والسلوك الاكتئابي الذي يبدأ في مرحلة البلوغ المبكر والذي يحدث في مجموعة متنوعة من السياقات ويشمل الإدراك والسلوك الاكتئابي على حالة مستمرة من الشعور بالكآبة، والشعور السائد بالحزن، الغم، عدم الاكتراث، الإحباط، والتعاسة.

إن الشخص الذي تنطبق عليه معايير تشخيص هذا الاضطراب هو شخص شديد الجدية، غير قادر على الاستمتاع أو حتى الاسترخاء، ويفتقر الى روح الدعابة. بل ربما يشعر أنه لا يستحق أن يستمتع أو أن يشعر بالسعادة. هو شخص ينظر بسلبية إلى الحاضر والى المستقبل، وليس بإمكانه تخيل أن الأمور ستتحسن، دائمًا ما يتوقع الأسوأ.

وبينما يرى هو نفسه شخصًا واقعيًا، يراه الآخرون شخصًا متشائمًا. إنه قد يحاسب نفسه وغيره بقسوة، كما إنه يشعر بأنه مذنب الى أبعد الحدود على العثرات والأخطاء. لديه ثقة ضعيفة بنفسه وتتركز خاصة في "عدم الكفاءة".

إن الشخص الذي تنطبق عليه معايير تشخيص هذا الاضطراب غالبًا ما يركز على أخطاء وفشل الآخرين لا على مساهماتهم الإيجابية. كما أنه قد يكون كثير النقد، والمحاكمة، وشديد السلبية تجاه الآخرين. (Beck 2016: 57-59) و (أنظر Ryder و Huprich).

لوسيل: وماذا عن اضطراب الشخصية السلبية العدوانية؟

رجل الكهف: إن السمة الأساسية لاضطراب الشخصية السلبية العدوانية هي نمطٌ من السلوك السلبي والممانعة السلبية لما يتطلبه الأداء المناسب في المواقف الاجتماعية وأثناء العمل. على أن يبدأ هذا النمط في مراحل مبكرة من الشباب وتؤثر على عدد من السياقات الحياتية.

والشخص الذي يتم إعطاءه هذا التشخيص يكره ويعارض ويمانع ضرورة أن يقوم بأموره في المستوى الذي يرى الآخرون أنه المستوى المطلوب. إن معارضته هذه تتكرر باستمرار في مواقف العمل كما أنه قد تتكرر هذه المعارضة في مواقف الحياة الاجتماعية أيضا.

داني "مقاطعا": عذرًا يا رجل الكهف، ماذا تعني بالمقاومة؟ أقصد، كيف يقاوم؟

رجل الكهف: إنه يعبر عن المقاومة عن طريق المماطلة، والنسيان والعناد، وعدم الكفاءة المتعمدة، لا سيما في الاستجابة للمهام التي تسندها له شخصيات ذات سلطة. في الواقع، إنه يعيق جهود الآخرين في انجاز العمل لأنه لا يقوم هو بإنجاز نصيبه من العمل أو أنه يقوم به على نحو سيء.

إن هذا الشخص يشعر أنه تتم خيانته، وأنه لا يتم تقديره، وأنه يتم فهمه على نحو خاطئ. وعندما تظهر أخطاءه، فإنه يلوم الآخرين على فشله هو. إنه قد يكون متكبرًا، سريع الانفعال نافذ الصبر، كثير الجدال ساخرًا، متشككًا، أو أنه قد يكون عكس هذه الصفات.

داني "مقاطعًا وهو يبدي اهتمامًا واضحا": من هم الآخرون الذين يناصبهم هذا العداء -إذا جاز لي استعمال هذا التعبير.

رجل الكهف: بشكل أساسي، عادةً ما يكون رموز السلطة هم من يركز عليهم سخطه.

داني: رموز السلطة! مثل من؟

رجل الكهف: والداه، أستاذه في المدرسة، مديره في العمل، أو شريك حياته إن كان يتصرف تجاهه تصرفًا أبويًا على سبيل المثال.

هذا وإن أقل تحفيز أو استفزاز من أحد رموز السلطة هؤلاء من شأنه أن يدفع بذي الشخصية السلبية العدوانية كي يعلن العداء عليه. إنه شديد السلبية وكثير النقد وميّال إلى لوم الآخرين على الدوام. وهو متواصل الشكوى من حظه العاثر.

كما أنه يشعر بالحسد والحنق من أقرانه الذين ينجحون أو أولئك الذين يُعجبُ رموز السلطة بأدائهم. إن نظرته السلبية للمستقبل تدفعه إلى قول عبارات من مثل: "أن تكون جيدًا هو حالٌ لا يستحق عناء الوصول اليه"، و "الأمور الجيدة لا تدوم طويلا".

والحق أن المصاب باضطراب الشخصية هذا قد يقع في حيرة من أمره بين أن يقوم بالتعبير عن التحدي العدائي تجاه أولئك الذين يشعر أنهم هم من يسببون له مشاكله من جهة، ومن الجهة الأخرى محاولة تهدئة هؤلاء الأشخاص عن طريق طلب الصفح أو الوعد بأداء أفضل في المستقبل. (DSM-IV 1994: 733-735) و (Beck 2016: 50-51) و (أنظر Millon 1993 و Wetzler 1999 و Kantor 2002).

لوسيل "بابتسامة خجولة": أشكرك على تلبية طلبي، لقد فهمت الآن ما هما هذان الاضطرابان. على أنك كنت تكرر الإشارة إلى المعايير العامة لاضطرابات الشخصية. ماهي هذه المعايير؟

رجل الكهف: لقد قلت لكما قبل قليل أن أي اضطراب في الشخصية هو توصيفٌ لنمطٍ ثابتٍ ومستمرٍ من الشعور الداخلي والسلوك الذي يختلف بشكلٍ ملحوظٍ عما يُتوقع من الفرد في ظل السياق الثقافي الخاص به.

لكن ليس كل انحراف من هذا النوع هو بالضرورة يعني أن الشخص لديه اضطرابٌ في الشخصية؛ فحتى يحصل شخصٌ ما على تشخيص بأحد اضطرابات الشخصية، يجب أن يتجلى هذا النمط لديه في إثنين أو أكثر مما يلي:

أولاً: الإدراك. وأعني به فهم وتفسير الشخص لنفسه ولغيره كما وللأحداث المختلفة.

ثانياً: الوجدان. وأعني به مدى اتساعِ وحِدّةِ وملائمةِ ردودِ أفعال الشخص.

ثالثاً: أداءُ الشخص في علاقاته مع الآخرين.

رابعاً: سيطرة الشخص على اندفاعته.

وبالإضافة إلى وجوب تجلي النمط المذكور في إثنين على الأقل مما سبق، يجب أن يكون هذا النمطُ نمطًا ثابتًا، وغير مرن، ومستمرًا لفترة طويلة من الزمن، ويسيطر على مجموعةٍ واسعةٍ من الحالاتِ الفردية والاجتماعية مما يؤثر سلبًا بشكلٍ واضحٍ على علاقاتِ الشخصِ الاجتماعية أو في العمل أو غيرها من مجالاتِ النشاطِ الهامة.

ويجب بالتأكيد، أن تكون بدايته في سن المراهقة أو بدايات سن الرشد المبكرة على أقصى تقدير، وألا يكون نتيجة لاضطراب نفسي آخر، وألا يكون تجليًا فيزيولوجيًا لتعاطي مادةٍ ما كالأدوية أو المخدرات، وأخيرًا ألا يكون نتيجة حالةٍ طبيةٍ أخرى.

داني: هل يجب أن أفهم منك أن اضطرابات الشخصية لا تصيبُ الأطفال ولا الراشدين؟

رجل الكهف: كلا، لا يجب أن تفهم هذا مني. إن اضطرابات الشخصية جميعها، باستثناء اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع، يمكن أن تصيب الأطفال. وفي حالة إعطاء تشخيصٍ بأحدها لأي طفل، يجب أن تكون الأعراض قد استمرت لديه مدة سنةٍ على الأقل.

على أي حال، يا عزيزي، إن إعطاء تشخيصٍ باضطراب شخصيةٍ ما لأي طفل لا يعني أنه سيبقى مستمرًا عليه مدى الحياة، فكثيرًا ما تجنح الأعراض للتلاشي في فترة المراهقة. أما لو جنحت الأعراض في هذه الفترة إلى الزيادة، فهذا يعني أن الاضطراب سيستمر مرافقاً لهذا الشاب.

على أنه ليس من الضروري أن تبدأ الأعراض في الطفولة، بيد أنه من الضروري أن تبدأ في سن المراهقة أو بدايات سن الرشد؛ هذا يعني أنه لا يمكن أن يصاب شخصٌ ما بأي اضطراب شخصيةٍ في الفترات اللاحقة في حياته مالم تكن بدايته في الفترة المذكورة أو أن تتسبب به حالة صحية (أنظر Freeman 2007).

لوسيل: وماذا عن اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع؟ لماذا استثنيته؟

رجل الكهف: لأنه اضطراب الشخصية الوحيد الذي لا يجوز تشخيصه لأي شخصٍ تحت سن الثامنة عشر، على أنه يجب أن تكون له بداياتٌ قبل سن الخامسة عشر، وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-5 2013).

لوسيل: وهل هذه الاضطرابات مزمنة أم أنها تجنح للتلاشي مع التقدم بالعمر؟

رجل الكهف: بما أن اضطرابات الشخصية يجب أن تبدأ بالضرورة في بدايات سن الرشد كحد أقصى، فهذا يعني أنها تؤثر بشكلٍ كاملٍ على بناء شخصية الانسان، هذه الشخصية التي ستلازمه بقية حياته وبالتالي، فهي تصبغ شخصية الانسان بشكل كامل، كما كان واضحًا مما ذكرته لكما آنفا.

وعليه، فاضطرابات الشخصية هي اضطراباتٌ مزمنة، بل إن بعضها يجنح للتفاقم مع التقدم بالعمر كاضطراب لشخصية الفصامي النمط واضطراب الشخصية الوسواسية القهرية، وبعضها يجنح لأن تخف أعراضه كاضطراب الشخصية المعادية للمجتمع واضطراب الشخصية الحدية.

وإن هناك يا لوسيل أسباب منطقية لهذه الظاهرة المتناقضة -إن شئت- يمكنني الاستفاضة بشرحها، لكن هذا سيتطلب مني شرح هذه الاضطرابات أولاً كي تفهما هذه الأسباب (أنظر Abrams & Horowitz 1996 وDebast 2014 وHarwood 2001 وNewton-Howes 2015 وGutierrez 2012 وKay 1964 وDebast 2014).

على أي حال، بما أننا نتحدث الآن بشكلٍ عامٍ عن اضطرابات الشخصية، فما يمكنني قوله هو إنها اضطرابات مزمنة لا تتلاشى لوحدها دون علاج. كما أنه ليس من النادر إطلاقاً أن يترافق أكثر من اضطراب شخصية مع بعضهم البعض، و/أو أن يترافق مع اضطرابات نفسية أخرى.

داني: لقد أشرت قبل قليل إلى أن التصنيف الدولي للأمراض الذي تصدره منظمة الصحة العالمية (ICD-10 1992) لا يقسم الاضطرابات الشخصية في مجموعاتٍ كتلك التي لدى الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الذي تصدره الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين (DSM-5 2013)، لكني أتسائل، هل كلاهما يضم الاضطرابات عينها؟

رجل الكهف: سؤالٌ مشروع. في الحقيقة إننا نجد بعض الفروق في المسميات بين المرجعين المذكورين. فمثلاً، بالنسبة إلى اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع فإن (DSM-5 2013) يستخدم تسمية **antisocial**، في حين أن (ICD-10 1992) يستخدم كلمة **dissocial**.

وبينما يستخدم الأول تعبير **obsessive-compulsive** كي يُسمي بها اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية، فإن الأخير يستخدم لذات الاضطراب كلمة **anankastic**. كما إن (ICD-10 1992) يستخدم مسمى اضطراب الشخصية القلقة كي يصف ما يسميه (DSM-5 2013) اضطراب الشخصية التجنبية.

هذا وإن (ICD-10 1992) يقوم بتصنيف اضطرابي شخصية لم يقم (DSM-5 2013) بإدراجهما أولهما هو **اضطراب الشخصية المندفعة الغير مستقرة عاطفياً** emotionally unstable impulsive personality disorder (أو اختصارًا اضطراب الشخصية المندفعة impulsive personality disorder) ثانيهما هو **تغير دائم في الشخصية لا يمكن عزوه إلى أذية في الدماغ أو مرض ما** enduring personality change not attributable to brain damage or disease.

وعلى العكس، فإن **اضطراب الشخصية النرجسية** هو مدرج في (DSM-5 2013) وليس مدرجًا في (ICD-10 1992)، كما أن **اضطراب الشخصية الفصامي النمط** هو مصنف في (DSM-5 2013) كاضطراب شخصية، بالطبع، بينما (ICD-10 1992) لم يعتبره اضطرابًا في الشخصية بل إنه ينظر له على أنه فصام، ويقوم بتسميته **الاضطراب فصامي النمط** schizotypal disorder (لاحظ يا داني، اضطرابُ فصامٍ وليس اضطراب شخصية).

بالإضافة إلى ما سبق، يقوم (ICD-10 1992) بأمرين في الاضطراب الذي يسميه (DSM-5 2013) اضطراب **الشخصية الحدية**، أولهما هو إعادة تسميته بمسمى **اضطراب الشخصية الغير مستقرة عاطفيًا** Emotionally unstable personality disorder، وثانيهما هو تقسيم الاضطراب إلى "نمطين"، أولهما **النمط الحدي** borderline type، وثانيها النمط المندفع impulsive type (وهو الذي أشرت إليه قبل قليل).

بالطبع هذا لا يعني أن معايير تشخيص هذين الاضطرابين تطابق تمامًا معايير تشخيص اضطراب الشخصية الحدية لكن ما يجمعهما أكثر بكثير مما يفرقهما.

داني "بابتسامة": أشكرك على الإجابة المفصلة.

لوسيل "باهتمام": وهل هناك أدوية لعلاج اضطرابات الشخصية؟

رجل الكهف: كلا يا عزيزتي، نحن نتحدث عن أشخاصٍ قد تم بناء شخصياتهم بطريقةٍ مَرَضية، هل تعتقدي بوجود دواءٌ يمكنك أخذه فيغير لك شخصيتك؟ أتمنى لو كان هذا الدواء السحري موجودًا، فكم من أشخاصٍ بحاجته، وأنا واحدٌ منهم.

فمع أنه يتم أحيانًا يا لوسيل استخدام بعض أنواع مضادات الاكتئاب أو مثبتات المزاج في بعض الحالات الشديدة، كي تساعد الشخص على التحكم بنفسه قليلاً، بيد أن العلاج الحقيقي يكمن في تغيير نظرة الشخص لنفسه، ولغيره، وللواقع المحيط به، كما وتعليمه كيفية تشكيل استجاباتٍ ملائمةٍ للمواقف، إلى ما هنالك من أمورٍ تختلف بكل حالة.

ولذا، فإن العلاج الفعال هو بالتزام المريض العمل مع المعالج الذي قد يستخدم أيًا من أساليب العلاج التي يراها الأنسب للحالة؛ كالعلاج المعرفي[3] Cognitive therapy أو العلاج السلوكي المعرفي Cognitive-behavioral therapy (أنظر Kuyken 2009 و Leahy 2003 و Linehan).

أو العلاج السلوكي الجدلي[4] Dialectical behavior therapy أو العلاج النفسي بين الأشخاص Interpersonal psychotherapy، سواء على شكل جلساتٍ منفردة أو بشكل علاج جماعي Group psychotherapy، كما إن العلاج الموجه للعائلة ككل Family-focused therapy مفيدٌ في حالات كثيرة (أنظر Alexander 2013 و Hårtveit 2012 و Ernvik 2019).

هذا وتجدر الإشارة إلى أنه من الممكن أن يحصل الشخص على تشخيصٍ باضطرابٍ ما في الشخصية من الجلسة الأولى، بيد أنه في الغالب يفضل المعالجون القيام بعدة جلساتٍ على فترات متباعدة قبل إعطاء التشخيص النهائي كي يتاح لهم التأكد من أن الشخص ليس تحت تأثير حالةٍ مزاجيةٍ ما من شأنها أنها قد أثرت عليه أثناء طلبه العلاج. فغالبًا ما يتم إعطاءه تشخيصًا مبدئيًا في الجلسة الأولى ريثما يتم التثبت منه لاحقًا في الجلسات التالية.

لوسيل: وهل العلاج يتطلب وقتًا طويلاً؟

رجل الكهف: إن علاج اضطرابات الشخصية هو من العلاجات الصعبة في الواقع؛ لأن المشكلة الرئيسة في أحيان كثيرة هي أن المريض لا يعرف أنه مريض، ولا يشعر غالبًا أنه بحاجة إلى طلب العلاج.

كما إن بعض هذه الاضطرابات يتضمن الشك والريبة أو التعالي والنرجسية التي تُصعِّب من مهمة المعالج أو حتى تهدد سلامته أحيانا.

وفي معظم الحالات يا لوسيل، يكتشف الشخص أنه مصابٌ باضطراب شخصيةٍ في مراحل متقدمة جدًا من حياته ويحصل هذا فقط عندما يذهب طالبًا العلاج من اضطرابٍ نفسي آخر، فيكتشف المعالج أو الطبيب أن لديه، بالإضافة لذلك الاضطراب، اضطرابًا ما في الشخصية، أو يتم طلب العلاج نتيجة المعاناة المستمرة في حياة الشخص وعدم قدرته على المحافظة على عمله أو على علاقاته الشخصية على سبيل المثال.

لكن بالشكل العام يا داني، لا يستطيعُ الشخصُ إدراك أنه مصابٌ باضطراب شخصيةٍ من تلقاء نفسه؛ كيف واضطرابُ الشخصية نفسه يؤثر في الغالب على إدراك الشخص، وهو مترافق معه منذ أن بدأت شخصيته بالتشكل؟

داني "مفكرا": يبدو كلامك منطقيا. وهل هذه الاضطرابات هي ذات سبب جيني أم بيئي؟

رجل الكهف: في الواقع، هي قد تكون نتيجة أي منهما منفصلاً عن الآخر، لكن الأغلب هو أن تكون نتيجة للاثنين معًا. هذه الحالات الثلاث قد تم رصدها. أعني؛ السبب الجيني لوحده، والسبب البيئي دون وجود مسبب جيني، والاثنان معًا والذي هو الحالة الأكثر شيوعا (أنظر Kendler 2001).

لوسيل: هل لي بمثال؟

داني: أعتقد يا لوسيل أن من الأفضل أن يحدثنا رجل الكهف عن اضطرابات الشخصية بالتفصيل فنفهمها أكثر، وبهذا نحصل على أمثلة ونحن قد فهمنا الاضطرابات. ما رأيك يا رجل الكهف؟

رجل الكهف: فكرة جيدة. سأشرح لكما اضطرابات الشخصية جميعها بالترتيب الذي ذكرتها به آنفا.

لوسيل "بفرح طفولي": كلي آذان صاغية.

في الظهيرة

الباب الثاني

اضطراب الشخصية المرتابة

Paranoid personality disorder

(649-652 :2013 DSM -5)

(52-53 :2016 Beck)

(أنظر Triebwasser 2013 و Lewis 1970)

رجل الكهف: أول اضطرابات الشخصية الذي سنتحدث عنه هو اضطراب الشخصية المرتابة، أو الزورانية، أو الشكاكة، أو الشكوكية، أو البارانوية. تتعدد الأسماء باللغة العربية لتصف حالةً مستمرةً من عدم الثقة والشك بالآخرين وتفسير دوافعهم على أنها سوء نية وخبث ومكر.

على أنه بكل تأكيد، ليس كل شخصٍ يفكر بهذه الطريقة هو بالضرورة لديه اضطراب الشخصية المرتابة؛ فحتى يحوز الشخص على هذا التشخيص يجب أن تتوافر لديه أربعة أو أكثر من الأعراض التالية:

أولاً، يشتبه، دون وجود مبررات مقنعة أن الآخرين يخدعونه أو يستغلونه، أو يلحقون الأذى به.

ثانياً، منشغلٌ دائمًا في شكوك لا مبرر لها، في وفاء أصدقاءه والأشخاص المحيطين به وفي استحقاقهم للثقة.

ثالثاً، يتردد في الثقة بالآخرين بسبب خوفه غير المبرر في أن المعلومات التي قد يقولها لهم سوف تستخدم ضده بهدف أذيته.

رابعاً، يرى تهديدات وإهانات مبطنة في عباراتٍ عفويةٍ أو مواقف عابرة.

خامساً، يحمل أحقادًا بشكل دائم؛ أي، لا يسامح أحدا.

سادساً، يستشعر هجومًا على شخصه أو سمعته في حين أنه لا أحد من الحاضرين قد شعر بهذا، ونجده يرد عليها بغضب أو بهجوم مضاد.

سابعًا، لديه شكوكٌ متكررة، دون أي مبرر، بوفاء وإخلاص شريكه الجنسي.

لوسيل "بارتباك": هلا شرحت لنا أكثر؟

رجل الكهف: أنا أتكلم عن شخصٍ يشعرُ دائمًا، شعورًا حقيقيًا، أن الآخرين يعادونه وأنهم سيهاجمونه فجأة. شخص يشعرُ بعمقٍ أنه قد تمت إهانته وأذيته من قبل الآخرين، دون وجود أي دليلٍ حقيقي على هذا.

شخص لا يتواقع أي مساعدةٍ من أي أحد، بل على العكس، هو يعتقد أن الآخرين ينتظرون وقوعه في مشكلة، أو أن يكون بحاجة للمساعدة كي يقوموا بأذيته؛ وبالتالي إن أظهر له أحدهم رغبةً بمساعدته سيستشعرُ أن هذا الشخص يخفي له أذية ما أو أنه يهينه إهانة مبطنة لأنه يراه عاجزًا وغير كفؤ وبحاجةٍ للمساعدة.

ولهذا السبب، يا لوسيل، فهو يحاولُ القيام بجميع أموره لوحده ويعتبر أن طلب المساعدة من أحدهم، أو عرض المساعدة الذي يقدمه له أحدهم، هو إهانة له و/أو سيكون سببًا لأذيته.

ترينه محجمًا عن الكلام، أو عن البوح بأي معلومات، لأنه يتوقع أن أي معلوماتٍ قد يقولها ستستخدم ضده، بالرغم من أن المعلومات قد تكون تافهة، والشخص الآخر لا يفكر مجرد تفكير في أن يستخدمها ضده.

وعلى الرغم من أن هذا الشخص لا يقبل أدنى نقد يا داني، بل ولا حتى تلميحات قد تحتوي على نقد، إلا أنه هو نفسه دائمًا ما ينتقد الآخرين لأتفه الأمور.

ولهذه الأسباب، فإنه من الصعب إقامة علاقة مع هذا الشخص؛ لأنه سيفتعلُ جدالات طيلة الوقت وسيجد الانسان نفسه دائمًا في حاجة لتبرير كل كلمة قد قالها له وكل تصرفٍ قد قام به.

وبسبب هذا يا صديقيّ، فإن المشكلة الحقيقية التي يقع فيها المصاب باضطراب الشخصية المرتابة هي أن المحيطين به، في الغالب سيفقدون صبرهم مع الوقت، وقد يوجهون له إهانة ما لأنهم قد ضاقوا به ذرعًا، مما يؤكد له شكوكه المسبقة بأنهم يهدفون إلى إهانته وأذيته، مع أن الواقع هو أنهم قد وجهوا له هذه الإهانة الآن بسبب سلوكه هو نحوهم في مقابل سلوكهم الطبيعي نحوه. بيد أنه لن يفهم الأمر على هذا النحو مطلقًا، بل سيكون هذا تأكيدًا له على شكوكه المسبقة. وليس من النادر أن يراجع كل تاريخه مع هؤلاء الأشخاص ويعيد تثبيت تأويلاته السلبية على جميع سلوكياتهم وأقوالهم السابقة التي كانت كلها في الحقيقة أقوالًا وسلوكيات بريئة.

وعندما يحصل هذا -وهو أمرٌ سيحصلُ غالبًا بتكرارٍ عالٍ- فإنه من شانه أن يجعله شكوكيًا أكثر، مما يفاقم من حالته سوءًا، وهكذا دواليك، فنجد لهذا أن حال المريض يتفاقم دائمًا مع مرور الوقت مالم يخضع للعلاج المناسب.

لوسيل: هل أفهم منك أنه يكون عدائيًا دائمًا؟

رجل الكهف: يختلف الأمر؛ فالبعض منهم يكونون عدائيين دون مسوغ لعدائيتهم، وتكون دائمًا استجاباتهم عنيفة مما قد يوقعهم في مشاكل مع جميع المحيطين بهم، بل وفي مشاكل قانونية أيضا. لكن بالمقابل، فقد يكون على العكس تمامًا، باردًا جدًا، ومحجمًا عن التفاعل مع الآخرين في محاولةٍ منه لحماية نفسه منهم. وفي كلا الحالتين، فإنه غالبًا ما يكون شخصًا عنيدا.

داني: وماذا عن الأطفال؟

رجل الكهف: لقد قلت لكما إن اضطرابات الشخصية قد تبدأ منذ الطفولة. وإن الطفل المصاب باضطراب الشخصية المرتابة هو طفل منعزل، ولديه قلق اجتماعي، ولا يقيم علاقات صداقة مع أقرانه، وأداءه المدرسي ضعيف، وشديد الحساسية، ولديه طريقة غريبة في التفكير والكلام، بل وخيالات غريبة أيضا.

وبكل أسف، فإنه كثيرًا ما يتم نعت هكذا أطفال بأنهم شاذون وغريبو الأطوار، كما أنهم يكونون محط سخرية، مما يفاقم لديهم هذا الاضطراب بالطريقة التي شرحتها لكما قبل قليل.

لوسيل "بعينين دامعتين": يا لهم من مساكين! وهل هذا الاضطراب ينتشر لدى الذكور أكثر أم لدى الاناث؟

رجل الكهف: إن اضطراب الشخصية المرتابة يتم تشخيصه لدى الذكور أكثر من الاناث.

لوسيل: أوجز لي وصف حالهم من فضلك.

رجل الكهف: ذو الشخصية المرتابة شخص شكاك، سريع الامتعاض، يسيء الظن بالناس، غيور حساس، حمّال للضغائن.

لوسيل "بابتسامة خفيفة": هذا إيجاز واف.

داني: لقد ذكرت لنا أن اضطرابات الشخصية تترافق مع بعضها ومع غيرها من الاضطرابات النفسية الأخرى. هلا حدثتنا عن هذا الأمر بالنسبة لاضطراب الشخصية المرتابة؟

رجل الكهف: بدايةً، عند إعطاء التشخيص باضطراب الشخصية المرتابة يجب أن نتأكد من أن الأعراض التي يُظهرها المريض لا تحصل بشكل حصري خلال الفصام، أو أحد اضطرابات ثنائي القطب مع أعراض ذهانية، أو أحد الاضطرابات الاكتئابية مع أعراض ذهانية، أو أي اضطراب ذهاني آخر، وأنه لا يمكن أن تعزى إلى الآثار الفيزيولوجية لأي حالة طبية أخرى (نظرة كلاسيكية **Kraepelin** 1912).

من الممكن أن يكون اضطراب الشخصية المرتابة سابقًا لاضطراب الوهم أو الفصام، فإن حصلت المحددات قبل بداية الفصام، يضاف للتشخيص عبارة "سابق للمرض"؛ أي يكون التشخيص "اضطراب الشخصية المرتابة (سابق للمرض)".

كما أنه من الممكن، يا داني أن يتسبب التوتر الذي يعيشه المصاب باضطراب الشخصية المرتابة بحصول نوبات ذهانية قصيرة، قد تمتد

لدقائق أو لساعات، أضف إلى أن المريض قد يصاب باضطراب الاكتئاب الحاد أو اضطراب الوسواس القهري أو غيرهما.

يجب أن ننتبه يا لوسيل، أنه قد يتم تطوير سمات شكوكية لدى شخص ما إذا كانت البيئة التي هو فيها تحتوي على تهديدات ما. لكن فقط عندما تكون هذه السمات غير مرنة، وسيئة التأقلم مع المجتمع، ودائمة، وتسبب عجزًا وظيفيًا هامًا أو انزعاجًا من قبل الشخص نفسه فعندها يمكن أن تكون مؤهلة للنظر فيها على أنها قد تشكل أعراضًا لاضطراب الشخصية المرتابة (DSM-5 2013: 652).

لوسيل "بابتسامة خفيفة": شكرًا على التنويه.

داني: أخبرني من فضلك ماذا عن اضطرابات الشخصية التي يشيع مرافقتها لاضطراب الشخصية المرتابة؟

رجل الكهف: هما زميلاه في نفس المجموعة؛ اضطراب الشخصية الفصامية، واضطراب الشخصية الفصامي النمط، إضافة إلى أبناء عمومتهم: اضطراب الشخصية النرجسية، واضطراب الشخصية التجنبية، واضطراب الشخصية الحدية. وأعتقد أنني إذا شرحت لكما هذه الاضطرابات فسوف تفهمان سبب شيوع مرافقتها لاضطراب الشخصية المرتابة لوحدكما.

داني "بحماس": فلننتقل إلى الحديث عنها إذن.

لوسيل: قبل الانتقال من اضطراب الشخصية المرتابة إلى غيره، ما رأيك يا رجل الكهف بأن تلخص لنا بتبسيط شامل هذا الاضطراب كي نتأكد أننا فهمناه، فقد ذكرت لنا الكثير من التفاصيل.

رجل الكهف: لكِ هذا. إن الكلمة المفتاح لاضطراب الشخصية المرتابة هي "عدم الثقة". من الممكن يا لوسيل، لشخص ما، تحت ظروف معينة، أن يكون خائفًا أو أن يبحث عن دوافع خفية لدى الآخرين أو حتى أن يفقد ثقته بالآخرين، إلا أن المصاب باضطراب الشخصية المرتابة يتبنى مواقفًا كهذه في معظم الحالات التي يمر بها، حتى في أكثر المواقف اللطيفة والحميدة.

داني: وكيف ينظر المصاب باضطراب الشخصية المرتابة إلى نفسه؟

رجل الكهف: إنه يرى نفسه على خلق حميد وأنه عرضة للأذية من قبل الآخرين.

داني: وكيف يرى هؤلاء الآخرين؟

رجل الكهف: إنه يراهم كذابين ومخادعين وأنهم يتلاعبون به سرا. إنه مقتنع بأنهم يريدون التدخل في حياته، وتحطيمه، والتلاعب به، والتمييز ضده لكن بطريقة مخفية وراء ما يبدو أنه نوايا حسنة من قبلهم. بل قد يعتقد أيضًا أن الآخرين يتحالفون ضده.

لوسيل: بمناسبة إشارتك إلى معتقداته، هلا أعطيتنا أمثلة عليها؟

رجل الكهف: إن محور قناعاته يتألف من أفكار من مثل: "من السهل أذيتي من قبل الناس الآخرين"، "لا يمكن الوثوق بالأشخاص الآخرين"، "الآخرون لديهم نوايا سيئة تجاهي"، "إن الناس مخادعون"، "إن الآخرين يريدون تقويضي والإقلال من شأني".

وبالنظر إلى قناعاته الشرطية نجدها من نحو: "إذا لم أكن حذرًا، فإن الناس سيتلاعبون بي أو يضطهدوني أو يستغلوني"، "إذا تصرف الأفراد بطريقة ودودة، فهذا يعني أنهم يحاولون استغلالي"، "إذا كان بعض الناس بعيدين عني فإنهم يؤكدون لي أنهم غير ودوين".

أما المعتقدات الأداتية، أقصد التي تتعلق بتعليمات المصاب باضطراب الشخصية المرتابة إلى نفسه، فهي من نمط: "كن دومًا على أهبة الاستعداد"، "لا تثق بأي شخص"، "انتبه إلى الدوافع الخفية"، و"انتبه كي لا يتم استغفالك".

لوسيل "بتعجب": هذه حالة استنفار قصوى! ماهي أكثر مخاوفه؟

رجل الكهف: إن مخاوفه الرئيسية تتعلق بأن يتم استغلاله بطريقة أو بأخرى، أو الحط من قيمته، أو التلاعب به، أو أن يتم التحكم به، أو أن يتم التمييز ضده، أو إذلاله. إن أي تصرف ينطوي على أي تجاوز سواء لحدود مساحته الخاصة أو لممتلكاته أو لعلاقاته يُشعره بسهولة أنه مُهدد.

وبسبب وجود هكذا أفكار لدى المصاب باضطراب الشخصية المرتابة من أن الناس الآخرين هم ضده، فإنه يكون منقادًا إلى أن يكون مفرطًا في تيقظه ويحاول حماية نفسه على الدوام.

إنه قلق، شكاك، مترقب، مترصد لأي إشارات من الممكن أن تفضح نوايا للآخرين الخفية أو عدائهم وخصومتهم له.

بل إن المصاب باضطراب الشخصية المرتابة يقوم في بعض الأحيان بالادعاء أنه قد تمت الإساءة إليه، كما انه يقوم باستمرار باستفزاز هذه العداءات التي هو مقتنع بوجودها. إضافة إلى غضبه المستمر حيال الاضطهاد أو الاستغلال الذي يزعم وجوده.

داني "بنبرة جدية بعض الشيء": أعتقد أن هذا تلخيص واف يا لوسيل.

لوسيل "موافقة": أوافقك الرأي، إن بإمكاننا الانتقال للحديث عن اضطراب آخر الآن.

الباب الثالث

اضطراب الشخصية الفصامية

Schizoid personality disorder

(652-655 :2013 DSM-5)

(57 :2016 Beck)

رجل الكهف: الاضطراب الثاني في المجموعة الأولى من اضطرابات الشخصية هو اضطراب الشخصية الفصامية، وهو يوصّف نمطًا شاملاً من الانعزال عن العلاقات الاجتماعية مع محدودية في الانفعالات العاطفية في العلاقات.

بيد إنه من الضروري أن تفهما أنه ليس كل شخص منعزل هو بالضرورة لديه اضطراب الشخصية الفصامية؛ فحتى يحصل أحدهم على هذا التشخيص لا بد أن تتوافر لديه أربعة أو أكثر من الأعراض التالية:

أولاً، انعدام الرغبة والمتعة في أي علاقات مقربة بما فيها العلاقة مع العائلة.

ثانياً، تقريباً دائمًا يختار أنشطة فردية.

ثالثاً، لديه رغبة قليلة، أو ليس لديه أي رغبة، في إقامة علاقات جنسية مع أشخاص آخرين.

رابعاً، يستمتع بعددٍ قليلٍ من الأنشطة، أو لا يستمتع بأي أنشطةٍ اطلاقا.

خامساً، ليس لديه أصدقاء مقربون ولا يأتمن أحدًا باستثناء أفراد العائلة من الدرجة الأولى.

سادساً، لا يهتم مطلقًا لنقد الآخرين ولا لإطرائهم.

سابعًا، يظهر برودًا في المشاعر أو عدم اكتراث في ردود أفعاله الوجدانية.

داني "بارتباك واضح": هل لك أن تشرح بطريقةٍ أكثر تبسيطا.

رجل الكهف: أنا أتحدث، يا داني، عن شخصٍ يفضل دائمًا أن يبقى وحيدا؛ لا يحب أن يقيم علاقات مع أي أحد بما في ذلك أفراد العائلة، ولا يأتمن أحدًا إلا أحيانًا أفراد العائلة من الدرجة الأولى -لأنهم ببساطة هم الأفراد الموجودون في حياته منذ بدايتها.

هذا الشخص يفضل القيام بجميع نشاطاته لوحده، ويكره أن يقيم أي أنشطة فيها احتكاك مع الآخرين، فستجد أن هواياته تتضمن أنشطة فردية، كألعاب الحاسوب مثلاً، كما سيكون فاشلاً في العمل الذي يتطلب احتكاكًا مع الزملاء أو العملاء، بينما سيكون أكثر ارتياحًا وانتاجية لو كان يقوم بعملٍ منفرد، كأن يعمل على آلة لوحده طيلة الوقت، أو أن يعمل على الحاسوب على سبيل المثال.

شخصٌ كهذا غالبًا، يا داني، لن يقوم بالمواعدة ولن يتزوج، ليس لعدم وجود رغبة جنسية لديه، لكن لأن لديه عدم رغبة في وجود شخصٍ آخر معه في العلاقة الجنسية.

المصاب باضطراب الشخصية الفصامية لديه مشكلة في الشعور، يا لوسيل، لذا يُقال عنه أنه باردٌ جدًا أو غير مبالي إلى أبعد الحدود، لكن في الحقيقة إنه ليس كذلك؛ إنه ببساطةٍ لا يشعر أن آراء الآخرين تعنيه في شيء على الإطلاق، فكيف له أن يشكل استجابة لما لا يشعر به؟

ولأنه لا يشعر أن آراء الأخرين تعنية، فهو لن يستطيع تشكيل استجابةٍ لها؛ فلن يبتسم حتى لو تم امتداحه، ولن يغضب حتى لو تمت اهانته أو استفزازه بشكل مباشر. كما إن هذا قد ينسحب أيضًا لا على الأشخاص فحسب، بل على المواقف التي يمر بها في حياته؛ فتجده سلبيًا فيها ولديه مشكلة في معالجة المواقف الهامة في الحياة مما يساهم في تدمير حياته بشكل أكبر.

وفي الأوقات القليلة التي يشعر فيها أنه بحاجة لأن يعبر عن نفسه وعن مشاعره، ستجده، يا داني، يتحدث عن شعوره بالألم بسبب بعض العلاقات الاجتماعية أو بعض المواقف التي اضطر فيها للاحتكاك والتعامل مع أشخاص آخرين، لكن لن تجده أبدًا متذمرًا من وحدته التي يعيش فيها.

لوسيل: هذا محزن! وماذا عن الأطفال وعن نسبتي إصابة الذكور والاناث؟

رجل الكهف: يتم تشخيص الذكور باضطراب الشخصية الفصامية أكثر قليلاً من الإناث، بيد أن الفرق ليس كبيرًا بين الجنسين. وبالنسبة للأطفال، فإن الطفل المصاب باضطراب الشخصية الفصامية هو طفل منعزل، وعلاقته ضعيفة مع أقرانه، وأداءه المدرسي ضعيف، وهذا يجعله عادةً مثارًا للسخرية مما يفاقم من معاناته ومن انعزاله.

داني: هلا أخبرتنا عن مرافقته للاضطرابات النفسية الأخرى؟

رجل الكهف: بادئ ذي بدء يجب أن نتأكد أن الأعراض المذكورة آنفًا لا تحصل بشكل حصري خلال مسار اضطراب الفصام، ولا أحد اضطرابات ثنائي القطب مع أعراض ذهانية، ولا أحد الاضطرابات الاكتئابية مع أعراض ذهانية، ولا أي اضطراب ذهاني آخر، ولا اضطراب طيف التوحد، ولا يمكن أن تُعزى للآثار الفيزيولوجية لأي حالة طبية أخرى.

وكحال أخيه اضطراب الشخصية المرتابة، فإن اضطراب الشخصية الفصامية قد يكون سابقًا لاضطراب الوهم أو الفصام، وفي حال توافرت المحددات اللازمة لتشخيص اضطراب الشخصية الفصامية قبل بداية الفصام، فيجب إضافة عبارة "سابق للمرض" للتشخيص؛ أي يكون التشخيص "اضطراب الشخصية الفصامية (سابق للمرض)".

وكحال اضطراب الشخصية المرتابة أيضًا، فبسبب التوتر الشديد قد يختبر المصاب باضطراب الشخصية الفصامية نوبات ذهانية قصيرة جدًا

قد تستمر بضع دقائق أو ساعات. وأحيانًا قد يكون هذا الاضطراب بوابةً للإصابة باضطراب الاكتئاب الحاد.

وبما أنني ذكرت لكما سابقًا أن اضطراب الشخصية المرتابة يشيع ترافقه مع أخويه اضطراب الشخصية الفصامية واضطراب الشخصية الفصامي النمط، فإن هذا يعني بديهيًا أن أعضاء المجموعة الأولى من اضطرابات الشخصية قد تترافق مع بعضها، وبالإضافة لهذا، فإنه ليس من النادر أن يترافق اضطراب الشخصية الفصامية مع اضطراب الشخصية التجنبية، وأعتقد أنه من الواضح جدًا سبب هذا الترابط.

داني "بحماس": يجب أن تحدثنا عن اضطراب الشخصية الفصامي النمط كي تكتمل لدينا صورة هذا الثلاثي الذي قد يترافق مع بعضه لدى نفس الأشخاص.

لوسيل "مقاطعة في عُجالة": مرة أخرى، أنا أرى أن تلخيصًا شاملاً مبسطًا لاضطراب الشخصية الفصامية لازمٌ كي تكتمل لدينا الصورة عنه. هل لك أن تصف لنا أهم مزايا هذه الشخصية في كلماتٍ قليلة؟

رجل الكهف: البرود العاطفي، والعزلة، وانعدام المتعة، والانغلاق على نفسه.

داني: كلا يا صديقي، اختصر لنا هذه الشخصية بكلمة واحدة.

رجل الكهف: إن الكلمة المفتاح في اضطراب الشخصية الفصامية هي "الانعزال".

داني "مبتسما": هذا أفضل.

رجل الكهف: إن المصاب باضطراب الشخصية الفصامية يا داني يمثل تجسيدًا للشخصية المستقلة بذاتها. إنه يضحي بالألفة والمودة كي يحافظ على انعزاله واستقلاله. إنه يبقى هامشيًا في علاقاته الاجتماعية بل يصبح معزولاً تماما. إنه يرى نفسه عرضة لأن يتم رفضه أو إذلاله أو التحكم به.

لوسيل: كيف يرى طالب العزلة هذا نفسه؟

رجل الكهف: إنه يرى نفسه شخصًا انعزاليًا غريبًا هامشيًا لا يوائم مجتمعه. هو يبحث عن التحرر من الالتزامات الاجتماعية، بل يفضل أن يتجنب العلاقات كلها.

داني "باستغراب": لماذا؟

رجل الكهف: لأنه يرى الآخرين متطفلين ومتطلبين وعدائيين.

لوسيل: اذكر لنا قناعاته كما فعلت سابقًا مع زميله المصاب باضطراب الشخصية المرتابة.

رجل الكهف: إن القناعات المحورية للمصاب باضطراب الشخصية الفصامية هي أفكار من مثل: "أنا لا أوائم المجتمع"، "أنا بحاجة إلى مساحتي الخاصة"، "العلاقات تجلب مشاكل جمة"، "أنا أسعد وأفضل حالاً عندما أكون وحيدا".

وقناعاته الشرطية تكون من نوع: "إذا اقتربت من الناس كثيرًا، فإنهم سيغيظونني أو يفرضون أنفسهم علي"، "إذا لم يكن لدي ما أقدمه، فإنه لا يوجد مسوغ لمحاولة الاتصال بالآخرين". أما قناعاته الأداتية فهي من قبيل: "لا تقحم نفسك"، "قل لا لمطالبهم"، و"انسحب مبتعدًا بأسرع ما يمكن".

داني "باهتمام": وكيف يقوم بتطبيق هذا؟

رجل الكهف: إن استراتيجيته الأساسية هي المحافظة على مسافة تبعده عن الآخرين بقدر ما يمكنه، كما وأنه يتجنب الاحتكاك بالناس عندما يكون محاطًا بهم.

داني: هل هذا يعني أنه لا يخالط أحدًا على الاطلاق؟

رجل الكهف: إنه قد يضطر لفعل هذا لأسباب معينة كالعمل أو التعلم أو ربما ممارسة الجنس، على أنه بشكلٍ عام يتجنب أي علاقاتٍ مقربة أو حميمية من أي نوع كانت.

والحق أن المصاب باضطراب الشخصية الفصامية يكون أقل حزنًا عندما يتمكن من المحافظة على مسافته من الناس. وإنه يصبح قلقًا جدًا إذا تم إجباره بشكل غير متوقع على أن يكون قريبًا من غيره.

وعلى عكس أقرانه المصابين باضطراب الشخصية التمثيلية، الذي سأشرحه لكما لاحقًا، لا يميل المصاب باضطراب الشخصية الفصامية لإظهار مشاعره لا لفظيًا ولا حتى بواسطة تعابير وجهه. إنه يبدو على الدوام منعزلًا كما أنه يعطي انطباعًا بأنه بارد وليس لديه مشاعر قوية.

لوسيل "بنظرة رضا": هذا شرح جميل جدا.

رجل الكهف: عليك الانتباه يا لوسيل من أنه قد يُظهر العديد من الأشخاص المنعزلين سمات شخصية قد توحي أنها فصامية. لكن فقط عندما تكون هذه السمات غير مرنة، وسيئة التأقلم مع المجتمع ودائمة، وتسبب عجزًا وظيفيًا هامًا أو انزعاجًا من قبل الشخص نفسه فعندها يمكن أن تكون مؤهلة للنظر فيها على أنها قد تكون أعراضًا لاضطراب الشخصية الفصامية (DSM-5 2013: 655).

لوسيل "بابتسامة": نعم إني أتذكر هذه القاعدة في كل اضطراب. أعتقد أن بإمكاننا الانتقال إلى الاضطراب التالي الآن.

الباب الرابع

اضطراب الشخصية الفصامي النمط

Schizotypal personality disorder

(DSM-5 2013: 655-659)

رجل الكهف: لكِ هذا. إن اضطراب الشخصية الفصامي النمط، أو الفصامي النوع، يصف نمطًا من العجز الاجتماعي الشامل كما وفي العلاقات الشخصية متمثلاً في الانزعاج الشديد من العلاقات المقربة مع عدم القدرة على إقامة هكذا علاقات. هذا بالإضافة إلى وجود تشوهاتٍ أو انحرافاتٍ سلوكيةٍ أو ادراكيةٍ مترافقةٍ مع غرابةٍ في الأطوار.

ولكي تفهما ما أعنيه بكلامي، فإني سأوضح لكما بقولي إن الشخص الذي يمكن أن يعطى تشخيصًا باضطراب الشخصية الفصامي النمط يجب أن تتوافر لديه خمسة أو أكثر من الأعراض التالية:

أولاً، لديه قناعة بالإشارات. وأعني بالإشارات أن أي حدثٍ عارضٍ تمامًا يحملُ رسالة ما لهذا الشخص.

ثانيًا، لديه ايمان بأشياء غريبة واعتقادات سحرية تؤثر على سلوكه؛ كالاعتقاد بالخرافات، أو بامتلاكه لقوة كشف الأحداث قبل وقوعها، أو التخاطر، أو الحاسة السادسة، لكن تذكرا أن هذا يجب أن يكون بما لا يتماشى مع المعايير الثقافية كما سبق وأشرت لكما صباحًا.

ثالثًا، يعيش تجارب غير طبيعية.

رابعًا، لديه طريقة غريبة في التفكير والكلام؛ كأن يتكلم بطريقة غامضة أو غير مباشرة، أو يستخدم الاستعارات المجازية كثيرًا، أو يتكلم بطريقة مبتذلة أو ملتوية.

خامساً، لديه أفكار شكوكية وارتيابية.

سادساً، ردود أفعاله العاطفية غير ملائمة.

سابعاً، سلوكه ومظهره شاذ وغريب؛ كأن يعتاد ارتداء ملابس غير متناسقة وغريبة.

ثامناً، ليس لديه أصدقاء مقربون، ولا يأتمن أحدًا إلا أفراد العائلة من الدرجة الأولى.

تاسعاً، لديه قلق اجتماعي شديد لا يتناقص مع الالفة مترافق مع مخاوف شكوكية وليس مع تقييم سلبي للذات.

أعني أن قلقه الاجتماعي سببه أنه شكوكي وليس لأن لديه نظرة سلبية عن نفسه أو ضعفًا في الشخصية. وهو، لهذا السبب، لا يحتك كثيرًا مع الآخرين ويفضل أن يبقى وحيدًا، وليس لديه أصدقاء مقربون نظرًا لمخاوفه الارتيابية من جهة، ولغرابة أطواره من جهة أخرى.

والمشكلة أنه بسبب معتقداته الخرافية والشاذة، كاعتقاده بالإشارات وبالتخاطر وبقراءة أفكار الآخرين، فإن قلقه الاجتماعي هذا يجنح لأن يزيد مع الوقت بدل أن يخف -كما هو الحال عند الأفراد غير المصابين بهذا الاضطراب- وهذا يرجع إلى كثرة الإشارات التي سيراها، والأفكار التي سيقرأها، وهلم جرا (أنظر Skodol 2005).

لوسيل: هذا مثير للتعاطف. أرجوك لا تقل لي أن الأطفال قد يعانون من هذا الاضطراب.

رجل الكهف: يؤسفني أن أكون مضطرًا لقول هذا لك. وإن الطفل المصاب باضطراب الشخصية الفصامي النمط هو طفل انعزالي، وعلاقاته مع أقرانه ضعيفة، ولديه قلق اجتماعي، وضعف في الأداء المدرسي، مع حساسية مفرطة، وطريقة غريبة في التفكير والكلام.

هذا الطفل الذي يتم نعته يا لوسيل بأنه شاذ أو غريب الأطوار ويكون محط سخرية الآخرين.

لوسيل: أشفق على هؤلاء الأطفال. لكن ما سبب إصابة هؤلاء المساكين بهذا الاضطراب؟

رجل الكهف: في الواقع هناك سببٌ جيني واضحٌ لهذا الاضطراب فهو يتفشى في العائلات؛ حيث تزداد احتمالية إصابة الفرد به إذا كان لديه قريبٌ بيولوجي من الدرجة الأولى مصابٌ بالفصام (أنظر Dickey 2002 وFanous 2002).

داني "وهو يقدم القهوة": هل يجب أن أفهم منك أن هذا الاضطراب هو بوابة للفصام؟

رجل الكهف: في الواقع كلا، بل على العكس، إن هذا الاضطراب يتميز بالثبات النسبي؛ حيث إن قلة قليلة من المصابين به سيطورون لاحقاً الفصام أو أي اضطراب ذهاني آخر.

بيد أنه من المهم جدًا يا داني قبل إعطاء التشخيص باضطراب الشخصية الفصامي النمط، أن نتأكد من أن الأعراض لا تتم بشكل حصري خلال سير الفصام، أو أي اضطراب اكتئابي مع أعراض ذهانية، أو أي اضطراب من اضطرابات ثنائي القطب مع أعراض ذهانية، أو أي اضطراب ذهاني آخر، أو اضطراب طيف التوحد.

على أي حال، لو تمت مطابقة الأعراض قبل بداية الفصام، يتم إضافة عبارة "سابق للمرض" للتشخيص؛ أي يكون التشخيص "اضطراب الشخصية الفصامي النمط (سابق للمرض)".

داني "بابتسامة": شكرًا على التوضيح.

رجل الكهف: وعليك الحذر أيضًا يا داني، فقد يظهر العديد من الأشخاص سمات شخصية تشابه تلك التي شرحناها في أعراض اضطراب الشخصية الفصامي النمط. لكن فقط عندما تكون هذه السمات غير مرنة، وسيئة التأقلم مع المجتمع، ودائمة، وتسبب عجزًا وظيفيًا هامًا أو انزعاجًا من قبل الشخص نفسه فعندها يمكن أن تكون مؤهلة للنظر فيها على أنها قد تكون أعراضًا لاضطراب الشخصية الفصامي النمط.

داني: نعم أعرف هذه القاعدة.

رجل الكهف: وكحال زملائهم في نفس المجموعة، قد يختبر المصابون باضطراب الشخصية الفصامي النمط نوبات ذهانية عابرة قد تستمر بضع دقائق أو ساعات نتيجة للتوتر والضغط الذي يشعرون به.

وتجدر الإشارة يا داني إلى أنه يندر أن يطلب شخصٌ ما العلاج من اضطراب الشخصية الفصامي النمط –كحال باقي اضطرابات الشخصية- بينما الذي يحصل عادة هو أنه يتم اكتشاف الإصابة بهذا الاضطراب عندما يتم طلب العلاج بسبب أعراض اضطراب القلق أو الاكتئاب.

والحق أن ثلاثين بالمئة إلى خمسين بالمئة من الأشخاص الذين تم تشخيصهم بهذا الاضطراب قد تم تشخيصهم باضطراب الاكتئاب الحاد عندما طلبوا المساعدة أول مرة.

وبمناسبة ذكر الاكتئاب الحاد، تجدر الإشارة إلى أن أكثر من نصف المصابين باضطراب الشخصية الفصامي النمط قد عانوا من نوبة اكتئاب حاد واحدة في حيواتهم على الأقل.

وأخيرًا، هناك ترافق ملحوظ لهذا الاضطراب مع أخويه اضطراب الشخصية المرتابة واضطراب الشخصية الفصامية -وأعتقد أن هذا واضح جدًا- كما ومع اضطراب الشخصية التجنبية واضطراب الشخصية الحدية.

داني "بسرور": هذا شرحٌ واف. شكرًا لك.

لوسيل "وهي ترتشف القهوة": ماذا عن معدل إصابة الجنسين بهذا الاضطراب؟

رجل الكهف: يبدو أن نسبة الذكور أعلى بقليل من نسبة الاناث.

لوسيل "بشعورٍ بالفوز": اشرب قهوتك يا رجل الكهف.

الباب الخامس

اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع
Antisocial personality disorder

(DSM-5 2013: 659-663)

(Beck 2016: 53-54)

(أنظر Patrick 2007)

رجل الكهف "وهو يضع فنجان القهوة": فلننتقل الآن إلى المجموعة الثانية من اضطرابات الشخصية والتي سنفتتحها بالحديث عن اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع.

إن هذا الاضطراب يا عزيزيّ، يصف نمطًا شاملاً من الاستهانة بحقوق الآخرين؛ بحيث يتوجب أن تنطبق على الفرد ثلاثة أو أكثر من الأعراض التالية حتى يتم تشخيصه به:

أولاً، عدم الامتثال للمعايير الاجتماعية بما يتعلق بالسلوكيات المشروعة؛ فنجده يقوم، على نحو متكرر، بأعمال تستوجب الاعتقال - بغض النظر إن تم اعتقاله عدة مرات أم لا.

ثانياً، الخداع؛ فهو شخص يكذب باستمرار، أو يقوم باستخدام أسماء وهمية، أو الاحتيال على الآخرين لمنفعته أو متعته الشخصية.

ثالثاً، الاندفاعية أو عدم القدرة على التخطيط للمستقبل.

رابعاً، الغضب والعدوانية؛ فهو يقوم بالاعتداءات أو ينخرط بمشاجرات متكررة تتضمن عنفاً جسديا.

خامساً، التهور والاستهتار بسلامته وسلامة الآخرين.

سادساً، عدم المسؤولية بشكل دائم؛ فنراه على نحو متكرر، غير قادرٍ على الالتزام بعملٍ ما لفترة طويلة، أو لا يلتزم بإيفاء التزاماته المالية بنزاهة.

سابعاً، والمصيبة هي أنه قد يقوم بكل ما سبق دون أي شعور بالندم؛ فنراه غير مبالٍ بالآلام التي يسببها للآخرين، أو بالأذى الذي يلحقه بهم، بل على العكس، إنه قد يلوم ضحاياه أو يُظهر بكل وضوح عدم مبالاته بما لحقهم؛ فقد تجداه يقول مثلاً: "هذا قدره، ولست أنا من كتب عليه هذا القدر. حتى لو لم أفعل أنا هذا لكان فعله به أحد غيري"، أو مثلاً: "هو غبي، وأنا لست مسؤولاً عن غباءه"، إلى ما هنالك من عباراتٍ تظهر افتقاره للندم وللتعاطف.

ومع أن هذا الاضطراب هو الاستثناء الوحيد من بين جميع اضطرابات الشخصية بحيث أنه لا يجوز أن يعطى لأي شخص تحت سن الثامنة عشر، فإنه يجب أن تكون بداية الأعراض قد بدأت بالظهور قبل سن الخامسة عشرة حتى يمكن أن يتم إعطاء التشخيص به بناءً على ما نص عليه الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-5 2013). هذا ويجب الانتباه إلى أن هذا السلوك المعادي للمجتمع لا يحصل بشكل حصري خلال مسيرة الفصام أو اضطراب ثنائي القطب.

لوسيل "بذعر": هذا قاسٍ حقا.

رجل الكهف: صحيح إنه كذلك. هذا النمط من السلوك هو الذي كان يطلق عليه تقليديًا Psychopathy، أو Sociopathy، أو Dyssocial (Dissocial) Personality disorder (نظرة كلاسيكية Kahn 1931).

وبالمناسبة، إن هذا الاضطراب يتفشى في الأماكن الحضرية وفي حالات الوضع الاجتماعي والاقتصادي المتدني أكثر من غيرها. وبكل أسف، فإن المصاب بهذا الاضطراب لديه احتمالية أعلى من غيره للوفاة بطرق عنيفة؛ كالحوادث المروية -بما أنه شخص متهور ومستهتر بسلامته- أو القتل -بما أنه كثيرًا ما ينخرط في مشاجرات فيها عنف جسدي- أو حتى الانتحار (أنظر Hare وHeisel 2007).

داني "بتعجب": الانتحار! لماذا؟

رجل الكهف: لأن هذا الاضطراب قد يترافق مع أحد الاضطرابات الاكتئابية، أو اضطرابات القلق، أو اضطرابات استعمال المواد، أو اضطراب المقامرة، أو الاضطراب جسدي الشكل، وغيرها.

داني: أعتقد أن اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع يتفشى في الذكور أكثر من الإناث، أليس كذلك؟

رجل الكهف: احصائيًا هذا صحيح، على أنه يُشَكُ في أن الإناث لا يتم تشخيصهن كفاية بهذا الاضطراب؛ حيث يُعتقد أن نسبةً من المصابات به يتم تشخيصهن باضطراب السلوك عوضًا عنه.

داني "ضاحكا": هذا تحيزٌ غير مقبول. على أي حال، هل أسباب هذا الاضطراب جينية أم بيئية؟

رجل الكهف: في الواقع الحالتان موجودتان، منفردتين أو مجتمعتين.

داني: هل لك أن تشرح؟

رجل الكهف: ركز معي جيدًا. من جهة، إن هذا الاضطراب يتفشى بين الأقارب البيولوجيين من الدرجة الأولى. وإن الإناث أكثر عرضة لهذا الأثر البيولوجي من الذكور.

هذا وإن أقارب شخصٍ مصابٍ باضطراب الشخصية المعادية للمجتمع لديهم خطرٌ أعلى من غيرهم للإصابة بالاضطراب جسدي الشكل، أو اضطرابات استعمال المواد.

وإن الذكور في العائلات التي يوجد فيها شخصٌ مصابٌ باضطراب الشخصية المعادية للمجتمع يجنحون للإصابة بذات الاضطراب بالإضافة إلى اضطرابات استعمال المواد، بينما تجنح الاناث فيها للإصابة بالاضطراب جسدي الشكل.

على أي حال، في هذه العائلات يا داني، سواء في ذكورها أم في إناثها، فإننا نجد انتشارًا مرتفعًا لجميع الاضطرابات التي أشرت إليها مقارنة بعموم الناس في ذات المجتمع. وهذا يؤكد السبب الجيني لهذا الاضطراب.

ومن جهة أخرى يا لوسيل، فإننا نجد أيضًا أن الأطفال الذين يتم تبنيهم من قِبل مصابين باضطراب الشخصية المعادية للمجتمع لديهم خطر مرتفع لأن يصابوا هم أيضًا بذات الاضطراب، بالإضافة إلى اضطرابات استعمال المواد والاضطراب جسدي الشكل.

وهذا يوضح يا صديقيّ، الأثر البيئي منعزلاً عن السبب الجيني؛ فإن البيئة التي يربى فيها هؤلاء الأطفال، بواسطة المصابين باضطراب الشخصية المعادية للمجتمع، تجعلهم يطورون نفس اضطراب الشخصية كما والاضطرابات الأخرى التي ذكرتها (أنظر Kendler 2005).

وبجانب ما سبق، تزداد احتمالية إصابة الفرد باضطراب الشخصية المعادية للمجتمع إذا تم تشخيصه باضطراب السلوك بالإضافة الى اضطراب نقص الانتباه مع فرط النشاط قبل عمر العشر سنوات.

كما تزداد أيضًا يا داني، احتمالية إصابة الفرد بهذا الاضطراب إذا عانى من اساءات أو اعتداءات في طفولته، أو عانى من سوء معاملة الأهل، أو من مشاكل أسرية، إلى ما هنالك.

داني "بألم": كم هو محزن أن تقوم جينات الفرد أو الظروف البيئية التي وجد نفسه فيها بجعله مدى حياته شخصًا عدائيًا ومؤذيًا بالطريقة التي وصفتها للتو.

رجل الكهف: لقد تحدثنا كثيرًا في حوارنا الماضي عن هذه الأمور (رجل الكهف 2018). على أي حال، بالنسبة للمصابين بهذا الاضطراب، فإن هذه الأعراض لا تستمر عادةً بنفس الحدة طيلة حيواتهم؛ حيث إنها غالبًا ما تجنح لأن تخف في فترة الأربعينات من العمر.

لوسيل: إن الناس، بشكلٍ عام، يجنحوا لأن يصبحوا أكثر عقلانية واستقرارا في فترة الأربعينات من أعمارهم. على أي حال، ما هي اضطرابات الشخصية التي يشيع مرافقتها لهذا الاضطراب؟

رجل الكهف: كما كان الحال مع أعضاء المجموعة الأولى من اضطرابات الشخصية الذين يشيع تزاملهم مع بعضهم البعض عند نفس الأشخاص، فإن الحال ينطبق على أعضاء المجموعة الثانية أيضا.

لوسيل: هذا يعني أن اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع يشيع ترافقه مع اضطراب الشخصية الحدية، واضطراب الشخصية التمثيلية، واضطراب الشخصية النرجسية.

رجل الكهف: هذا صحيح، وعندما أشرح لكما هذه الاضطرابات الثلاث ستعرفان سبب شيوع ترابطها.

داني: ماهي الكلمة المفتاح لاضطراب الشخصية المعادية للمجتمع؟

رجل الكهف: إن التعبير عن السلوك المعادي للمجتمع لدى المصابين باضطراب الشخصية هذا قد يختلف بشكل ملحوظ من التورط في التآمر لفعل شيءٍ غير أخلاقي أو غير قانوني أو ضار، والتلاعب بالآخرين واستغلالهم، إلى الهجوم المباشر عليهم.

إن الكلمة المفتاح التي يمكنها أن تعبر عن هذه الأصناف من السلوكيات المعادية للمجتمع التي يظهرها المصاب باضطراب الشخصية المعادية للمجتمع يا داني هي "عدم المسؤولية". فهو عديم المسؤولية على الدوام، وبشكل فادح، في العمل، أو الأمور المالية، أو العائلة، أو الممتلكات، أو المحيط الاجتماعي، أو أن عدم المسؤولية هذا يهيمن على تصرفاته تجاه الآخرين.

لوسيل "بتركيز": وكيف يرى المصاب باضطراب الشخصية المعادية للمجتمع نفسه؟

رجل الكهف: بشكلٍ عام، إنه يرى نفسه قويًا وانعزاليًا وذا شخصية مستقلة. إن بعض المصابين بهذا الاضطراب يشعرون أنه قد تمت الإساءة إليهم من قبل المجتمع مما يبرر لهم الإساءة إلى الآخرين لأنهم مقتنعون بأنهم هم أنفسهم ضحايا إساءات.

بينما يلعب آخرون منهم دور المفترس في عالمٍ "الكل يأكل بعضه" حيث يكون كسر القواعد الاجتماعية أمرًا ليس طبيعيًا فحسب، بل إنه أمر مرغوب.

لوسيل "بانزعاج": وكيف يرى المصاب باضطراب الشخصية المعادية للمجتمع الأشخاص الآخرين؟

رجل الكهف: إنه يراهم بطريقتين مختلفتين، فإما أن يراهم أناساً مُستَغلين وبالتالي فهم يستحقون أن يُبادلوا استغلالهم هذا بأن يتم استغلالهم، أو يراهم أناساً ضِعافاً وبالتالي فهم يستحقون لأن يتم افتراسهم.

في الواقع، إنه يحاول، يا صغيرتي، التركيز على وجه الخصوص على أولئك الأشخاص الذين يبدو عليهم أنهم مُستغِلون وضِعاف على حد سواء.

لوسيل "بحيرة": إذن كيف لنا تحديد ما تتميز به الشخصية المعادية للمجتمع بدقة؟

رجل الكهف: الأمر بسيط. إن القلب القاسي، العلاقات الشخصية التي لا تستمر طويلاً، انعدام المسؤولية، الاندفاعية، سرعة الغضب، الافتقاد إلى الندم، عدم الشعور بالذنب، الفشل في قبول المسؤوليات هي الخصال التي تميز الشخصية المعادية للمجتمع.

داني: وماهي معتقدات هذه الشخصية وقناعاتها؟

رجل الكهف: إن محور قناعات المصاب باضطراب الشخصية المعادية للمجتمع هو معتقدات من مثل: "عليَّ أخذ الحيطة والحذر من الآخرين"، "عليَّ أن أكون الشخص الذي يعتدي على الآخرين، إني إن لم أفعل هذا فسيتم الاعتداء عليّ أو سأكون أنا الضحية".

كما أنه مقتنع بأن "الأشخاص الآخرين هم ضعاف أو سُذّج"، ويقول: "الآخرون هم أشخاص مستغِلون وبالتالي يحق لي أن أبادلهم هذا بأن أقوم بالمقابل باستغلالهم".

إنه يعتقد أنه يحق له أن يكسر القواعد، يا صديقي، فهو يرى أن القواعد والقوانين هي اعتباطية ومصممة كي تحمي الأغنياء من المعوزين.

هذه النظرة بالمناسبة، هي نقيض نظرة المصاب باضطراب الشخصية النرجسية الذي يكون مقتنعًا أنه شخص مميز وفريد من نوعه وأنه فوق كل القوانين والقواعد.

داني "بتعجب": وكيف ذلك؟

رجل الكهف: إن المصاب باضطراب الشخصية النرجسية يعتقد أنه مميز لدرجة أنه يتوجب على جميع الآخرين تمييزه بسهولة وبالتالي عليهم احترامه وتقديره.

ليس لدى ذي الشخصية النرجسية مشكلة مع القوانين أو السلطات، هو فقط يرى نفسه فوق هذه القوانين. أما عن كونها تُطبق على باقي الناس، فهذا أمر لا يزعجه على الاطلاق يا داني.

إني لا أريد الشطط عن الموضع الأصلي يا عزيزي، لذا دعنا من المصاب باضطراب الشخصية النرجسية الآن ولنعد إلى المصاب باضطراب الشخصية المعادية للمجتمع الذي تكون معتقداته الشرطية "إذا لم أقم بالاعتداء على الناس أو التلاعب بهم أو استغلالهم أو مهاجمتهم فإنني لن أستطيع الحصول على ما أستحقه". أما معتقداته الأداتية فهي "افترس الناس قبل أن يقوموا هم بافتراسك"، و "احصل على هذا الشيء، فأنت تستحقه".

إنه يشعر بغضب شديدٍ حيال "الظلم" الذي يتعرض له والذي يتمثل بأن أشخاصًا آخرين يملكون ما يعتقد هو أنه يستحقه عوضًا عنهم. كما أنه يغضب أيضًا إذا شعر أنه غير قادر على تحقيق مآربه.

لوسيل "باهتمام": ماهي الاستراتيجيات التي يتبعها كي يصل إلى ما يريد؟

رجل الكهف: إن هناك نوعين رئيسين من هذه الأستراتيجيات. استراتيجية علنية يقوم فيها المصاب باضطراب الشخصية الحدية علنًا بالتهجم على الناس والتعدي عليهم والاحتيال عليهم. أما النوع الأكثر حذاقة، والذي يطلق عليه أحيانا لقب الفنان المخادع، يقوم بدهاء

بإغراء الآخرين بحيث يقودهم بمكر إلى وضع يُمكِّنه من الاحتيال عليهم أو التلاعب بهم أو استغلالهم.

لوسيل "بسرور": أشكرك جزيل الشكر، هذا شرح واف. دعنا نبدأ الحديث عن اضطراب الشخصية الحدية.

رجل الكهف: قبل أن ننتقل، هل نسيت أن أذكر لكما شيئا؟

لوسيل "بحماسها الطفولي": نعم، لقد نسيت أن تقول لنا عبارتك اللازمة: "قد يظهر العديد من الأشخاص سمات شخصية تشابه تلك التي شرحناها في أعراض اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع. لكن فقط عندما تكون هذه السمات غير مرنة، وسيئة التأقلم مع المجتمع، ودائمة، وتسبب عجزًا وظيفيًا هامًا أو انزعاجًا من قبل الشخص نفسه فعندها يمكن أن تكون مؤهلة للنظر فيها على أنها قد تكون أعراضًا لاضطراب الشخصية المعادية للمجتمع."

رجل الكهف: صدقتي يا لوسيل، الآن يمكننا الانتقال الى اضطراب الشخصية الحدية.

لوسيل: دعني أولاً أضيف لك بعض القهوة.

الباب السادس

اضطراب الشخصية الحدية
Borderline personality disorder

(DSM-5 2013: 663-666)

(Harrison 2018: 400-401)

(أنظر Lieb 2004 وSkodol 2002 وParis 2005 و Leichsenrin2011 وBateman)

رجل الكهف: إن الماضي المعقد لاضطراب الشخصية الحدية يفسر يا لوسيل، سبب اعتقاد البعض بأن اسم الاضطراب "اضطراب الشخصية الحدية" هو اسم غير مُرضٍ ويسبب الارتباك.

لوسيل "بفضول": وما هو هذا الماضي؟

رجل الكهف: إن بداية استخدام هذه التسمية قد كانت في دوائر العلاج النفسي الديناميكي كي تصف أشخاصًا لديهم مظهر غير مستقر بصورة واضحة -وهذا على عكس الحالات العصابية المستقرة- وأحيطك علمًا أن مقترح مصطلح "حد border" كان في ذلك الوقت يتضمن أعراضًا ذهانية، وضعف الأنا ego، واللاعقلانية، وتحكم ضعيف في الانفعالات، وآليات دفاعية غير ناضجة، وغيرها (Kernberg 1975).

وعلى الرغم من أن معاييرًا أكثر موضوعية وانضباطًا من هذه كان قد تم تطويرها واعتمادها عندما تم، للمرة الأولى، تصنيف هذا الاضطراب ضمن تصنيفات اضطرابات الشخصية في الإصدار الثالث من الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-III 1980)، إلا أن هذا لم يكن كافيًا لإرضاء أولئك المرتبكين الغير راضين.

لوسيل "بتعجب": ما مشكلتهم مع هذا الاضطراب؟

رجل الكهف: إنهم يرون أن التشخيص باضطراب الشخصية الحدية كان ولا يزال، يتم إعطاءه بصورة تقريباً شبه حصرية -حسب تعبيرهم- إلى الشابات فحسب، مما دفعهم إلى التساؤل عما إذا كان هذا التشخيص هو نوع من التحكم الثقافي لتعبيرٍ عن مزاج مكتئب لشخصية تمثيلية -أو هستيرية إن شئتِ- والتي بالمناسبة كانت تسمى في تلك الأيام **hysterical** بدل **histrionic** الذي نستخدمه اليوم.

لوسيل: ما الذي يجعلهم متمسكين بموقفهم المعارض هذا؟

رجل الكهف: أمور عديدة سأذكر لكِ منها مثلاً من بين أمور أخرى، التحسن الذي قد يصيب حالات الشخصية الحدية عند تعاطيهم لمضادات الاكتئاب، كما ودرجة التغير الكبيرة لهذا الاضطراب مع مرور الوقت مقارنة باضطرابات الشخصية الأخرى.

كما أنهم يركنون إلى أن هناك تقاطعًا -بل وتطابقاً في بعض الأحيان- بين أعراض اضطراب الشخصية الحدية، واضطراب الشخصية التمثيلية، واضطراب الشخصية النرجسية، واضطراب الشخصية المعادية للمجتمع، بل واضطراب ثنائي القطب أيضًا (أنظر Adshead 2012).

لوسيل "مفكرة": إذن بعد معرفتي لهذا، يكون مبررًا تمامًا بالنسبة لي ما أخبرتنا به صباحًا عن الاختلاف بين نظامي التصنيف من حيث أن الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الذي تصدره الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين (DSM-5 2013) يطلق على هذا الاضطراب اسم "اضطراب الشخصية الحديةborderline personality disorder".

بينما التصنيف الدولي للأمراض الذي تصدره منظمة الصحة العالمية (ICD-10 1992) يطلق عليه اسم "اضطراب الشخصية الغير مستقرة عاطفيًا emotionally unstable personality

disorder"، والذي يقسمه بدوره إلى "نمط حدي borderline type"، و "نمط مندفع impulsive type".

رجل الكهف: ملاحظتك جيدة يا لوسيل. بل أكثر من هذا، إن التشخيص "اضطراب شخصية حدية" لم يتم منذ البداية إدراجه في الإصدار الثالث من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-III 1980) إلا بعد نقاشات عميقة مطولة وبناءً على أنه سوف يتم متابعة الأبحاث في مدى الفائدة التي قد يقدمها هذا التشخيص لاحقا.

ومنذ ذلك الحين وحتى اليوم لا يزال هذا التشخيص محط نزاع وخلاف (Harrison 2018: 401).

داني: أليس اضطراب الشخصية الحدية هو ذاك الذي يصفُ نمطًا مستمرًا من عدم الاستقرار في العلاقات الشخصية، وفي نظرة الفرد لنفسه، كما وفي عواطفه، والذي يكون مترافقًا مع اندفاعيةٍ واضحة؟

رجل الكهف: هذا صحيح. ووفقًا لأحدث إصدارات الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية، أقصد (DSM-5 2013)، فإن المصاب باضطراب الشخصية الحدية يجب أن تتوافر فيه خمسة أو أكثر من الأعراض التالية:

العرض الأول، والذي يمثل أشهر عرضٍ من أعراض اضطراب الشخصية الحدية، ألا وهو المحاولات المحمومة لتجنب الهجران، أو الترك، سواء الحقيقي أو التخيلي.

وأنا أعني بهذا يا داني، أن يكون لدى الشخصِ خوفٌ فظيعٌ من أن يتم تركه في علاقةٍ ما، حتى وإن كان هذا الترك منطقيًا أو لفترة محدودة، وقد ينتج عن هذا غضبٌ غير مبرر في حالات كهذه، أو حتى إذا كان هناك تغيير غير متوقع في خطةٍ ما؛ كأن يتأخر عليه شخص يهمه أمره أو أن يقوم الأخير بإلغاء الموعد أو تأجيله.

إن سبب الخوف من الهجران ناجم عن وجود حساسيةٍ مفرطةٍ لدى الشخص للحاجة إلى وجود آخرين معه.

العرض الثاني، بما أن لديه هذا الخوف من الهجران، فإن علاقاته تتسم بعدم الاستقرار، حيث نجده ينتقل بين النقيضين؛ أقصد من قمة تقديس شخصٍ ما والنظر إليه على أنه شخصٌ مثالي، إلى قعر التحقير له والحط من قيمته.

لوسيل "مقاطعة": ما سبب هذا؟

رجل الكهف: بسبب رغبته المستميتة في أن يكون مع شخصٍ ما، فإنه سيكون منفتحًا مع هذا الشخصِ إلى أبعد الحدود، وسيراه على أنه شخص مثالي، وسيطالبه بأن يقضي معه أطول وقت ممكن، وسيبوح له بأسراره، وإلى ما هنالك.

لكن بالمقابل، ليس بالضرورة أن يبادله هذا الشخص نفس الانفتاح، وغالبًا لن يستطيع إعطاءه كل ذلك الوقت الذي يرغب به. وبالتالي، عند لحظةٍ ما، ينقلب صديقنا ذا الشخصية الحدية مئة وثمانين درجة، فيبدأ بتحقير ذلك الآخر ونعته بأبشع الصفات، وقد يفسر هو هذا التحول ببساطةٍ بأن الآخر لم يبادله نفس الحماس في العلاقة، ولم يكن منفتحًا معه بنفس الطريقة التي كان هو منفتحًا فيها.

والمشكلة، كما يمكنكِ التخمين، أنه يندر له أن يصادف شخصًا مستعدًا لمبادلته نفس الحماس في العلاقة وأن يعطيه كل الوقت الذي يرغب هو فيه، وبالتالي، ستتسم علاقاته بمعظمها بذلك النمط الذي يشبه ركوب الأفعوانية.

أما العرض الثالث، فهو اضطراب في الهوية.

لوسيل: وماذا تعني باضطراب الهوية؟

رجل الكهف: أعني باضطراب الهوية أن لديه عدم استقرارٍ واضح ومستمر في نظرته لذاته أو احساسه بنفسه؛ تحصلُ له تبدلاتٌ جذريةٌ ودراماتيكيةٌ في نظرته لنفسه، أو في أهدافه، أو في خطط عمله ومستقبله المهني، أو حتى في هويته الجنسية، أو في نوعية أصدقائه، أو في قيمه ومبادئه، إلى ما هنالك.

قد ترينه يتبدلُ في لحظةٍ واحدةٍ من إنسانٍ ضعيفٍ مستكين بحاجةٍ لأن يكون أحدٌ ما بجانبه، إلى إنسان بقمة القوة يريد الانتقام بشدة ممن أساءوا له في الماضي.

وفي بعض الأحيان قد يفقد الشعور بوجوده على الإطلاق -وهذه تحصل غالبًا عندما يشعر أنه وحيدٌ وليس لديه من يدعمه. هذا ما أعنيه باضطراب الهوية: اضطرابٌ على مختلفِ الصعدِ التي يمكن أن تتخيليها.

لوسيل "بحيرة": هذه تبدلات جذرية لم أكن أتخيل أن أحدًا قد يختبرها!

رجل الكهف: المصاب باضطراب الشخصية الحدية قد يختبرها. لكن تجدر الإشارة هنا، يا لوسيل، إلى أنه يجب تمييز اضطراب الشخصية الحدية من مشاكل الهوية التي لا ترقى إلى أن تكون اضطرابًا نفسيًا، بل هي متعلقة بمراحل النمو مثلاً، كتغيرات الشخصية في فترة المراهقة (DSM-5 2013: 666).

لوسيل: شكرًا على الملاحظة.

رجل الكهف: والآن وصلنا إلى *العرض الرابع*، وهو وجود اندفاعيةٍ في مجالين على الأقل من المجالات التي قد تتسببُ بإيذاءٍ للنفس.

داني "مقاطعًا وهو يصب المزيد من القهوة للجميع": هل لي بمثال؟

رجل الكهف: الاسرافُ في الإنفاق المالي، أو الانخراطُ في علاقاتٍ جنسيةٍ غير آمنة، أو التهورُ في القيادة، أو إساءةُ تعاطي الأدوية أو المخدرات، أو الأكلُ بشراهة، هي أمثلة على العرض الرابع، على أنه يجبُ أن ينشطَ في مجالين من هذا النوع حتى يتم اعتبارُ هذا العرض نافذا.

داني: شكرا.

رجل الكهف: أما العرض الخامس، فهو سلوكٌ انتحاري متكرر، أو تلميحاتٌ أو تهديداتٌ متكررةٌ بالانتحار، أو إيذاءٌ متكررٌ للنفسِ كالحرق أو الجرح على سبيل المثال.

لوسيل "بتعجب": وما سبب هذا بحق السماء!

رجل الكهف: إن سبب السلوك الانتحاري، أو التلميحات أو التهديدات بالانتحار، هو في الغالب محاولاتٌ للمحافظة على علاقاته مع غيره؛ فهو يهدد بقتل نفسه مثلاً إن قام الطرف الآخر في العلاقة بهجرانه، أو هو فعلاً يحاولُ الانتحار إن حصل هذا.

هل لكِ تخيل كم هو بحاجةٍ إلى وجود غيره في حياته؟

أما سلوك إيذاء النفس فغالبًا ما يكون في الحالةِ التي أشرتُ لها من فقدان شعوره بوجوده؛ فيقوم بإيذاء نفسه كي يشعر بشيءٍ ما. لأنه، كما قال لي أحدهم، "إن الشعور بالألم هو أفضل بكثير من عدم الشعور بأي شيء على الاطلاق". لذا، فهو يقوم بإيذاء نفسه كي يشعر بوجوده، أو أن هذا يكون سببه حاجةٌ ملحةٌ لتفريغ شعورِ الشرِ الشديدِ الذي يعتريهِ والذي لم يستطع تفريغه على أحدٍ آخر (أنظر Krysinska 2006 و Levitt 2004).

لوسيل "بحزن": لا أستطيع تخيل هذا.

رجل الكهف: والآن دعيني أنتقل إلى *العرض السادس*، وهو وجود عدم استقرار عاطفي ناجمٌ عن التبدلات الجذرية في المزاج. كنوباتٍ من الهياج أو الانزعاج أو القلق تستمرُ بضع ساعات، ومن النادر أن تستمرَ لعدة أيام، وهي في الغالب نتيجةٌ للتوتر والضغوطِ التي يشعر بها بسبب خوفه من الهجران، أو لحاجته لوجود أحدٍ بقربه، أو ما شابه.

العرض السابع، إحساس مزمن بالفراغ.

العرض الثامن، غضبٌ شديدٌ غير مبرر أو صعوبة في كبح جماح الغضب. مثلاً، يُظهر غضبًا بشكلٍ دائم، أو يفتعلُ شجارات بشكلٍ متكرر.

العرض التاسع والأخير، أفكارٌ شكوكيةٌ عابرةٌ نتيجة التوتر والضغط الشديد، وهي غالبًا نتيجة الخوف من الانفصال وقد تستمر بضع دقائق أو ساعات.

داني "شارد الذهن قليلا": ما هو الاختلاف الجوهري بينه وبين اضطراب ثنائي القطب؟

رجل الكهف: إياك أن تخلط بينهما يا داني! فمع أن اضطرابات ثنائي القطب قد تترافق مع اضطراب الشخصية الحدية، ومن الممكن أن يحصل الشخص على تشخيص بكليهما معًا، إلا أنهما اضطرابان مختلفان تماما؛ فأحدهما اضطرابٌ في المزاج يكون على شكل نوبات، أما الآخر فهو اضطرابٌ في الشخصية يتسم بالاستمرارية والثبات النسبي، وليس على شكل نوبات (أنظر Paris & Black 2015).

داني: شكرًا على التوضيح. على أي حال، وبمناسبة ذكر احتمالية ترافق هذين الاضطرابين، فأي الاضطرابات النفسية قد يشيع ترافقها مع اضطراب الشخصية الحدية؟

رجل الكهف: بجانب اضطرابات ثنائي القطب، قد يترافق اضطراب الشخصية الحدية مع أي اضطراب شخصية آخر، ومع الاضطرابات الاكتئابية، واضطرابات استعمال المواد، واضطرابات الأكل وعلى الخصوص اضطراب الشره المرضي العصبي –البوليميا أو النهام العصبي- كما واضطراب ما بعد الصدمة، واضطراب نقص الانتباه مع فرط النشاط.

داني: وماذا عن التهديدات بالانتحار أو محاولات الانتحار المتكررة التي ذكرتها لنا على أنها قد تكون من أعراض هذا الاضطراب؟

رجل الكهف: إن خطر الانتحار يرتفع كثيرًا إذا رافق اضطرابَ الشخصية الحدية اضطرابٌ اكتئابي أو اضطرابُ إساءة استعمال المواد. وفي الواقع، فإن نحو سبعة وخمسين بالمئة من الأشخاص الذين تنطبق عليهم معايير تشخيص اضطراب الشخصية الحدية لديهم محاولات انتحار بمعدلٍ يبلغ 3.4 محاولة للشخص الواحد، وإن حوالي عشرة بالمئة منهم ينتحرون فعلاً، وخطر الانتحار هذا يكون في ذروته في فترة الشباب ثم يبدأ بالتراجع تدريجيًا مع التقدم بالعمر (أنظر Freeman 1983).

وبشكل عام، إن التهديدات بالانتحار هي شائعة لدى المصابين باضطراب الشخصية الحدية حتى بين أولئك الذين لم يقدموا على أي محاولة انتحار بل ولا يقومون بإيذاء أنفسهم أيضا.

والحق أن قسمًا كبيرًا من بين جميع المنتحرين في العالم تنطبق عليهم معايير تشخيص اضطراب الشخصية الحدية (Barlow 2014: 394).

لوسيل "بخوف": يا للهول، هؤلاء أشخاصٌ يقتلون أنفسهم حرفيًا بسبب خسارة شخصٍ ما!

رجل الكهف: هذا صحيح. ولهذا السبب، فإن المصاب باضطراب الشخصية الحدية غالبًا ما يشعر بالأمان أكثر بتعلقه بالحيوانات الأليفة أو بالجمادات، أقصد الأشياء، أكثر من تعلقه بالأشخاص.

داني "بجدية مفرطة": أعتقد أنه خيارٌ حكيمٌ بالنسبة لشخصٍ في حالةٍ كهذه التي نتحدثُ عنها. لكن لم تخبرنا، هل سببُ هذا الاضطراب جيني أم بيئي؟

رجل الكهف: أي من الأمرين قد يسبب هذا الاضطراب؛ فمن جهة، إننا نجد أن التعرض للإساءة الجسدية أو الإساءة الجنسية أو الإهمال أو فقدان الأبوين هي أمورٌ تشيعُ في طفولةِ المصابين باضطراب الشخصية الحدية.

ومن جهةٍ أخرى، فإن هذا الاضطراب يشيع بين أقارب الدرجة الأولى أكثر بخمسةِ أضعافِ شيوعهِ بين عموم الناس. وفي هذه العائلات، يرتفع خطر الإصابة باضطرابات استعمال المواد، أو اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع، أو الاضطرابات الاكتئابية، أو اضطرابات ثنائي القطب.

لوسيل: وماذا عن نسبة الذكور والاناث المصابين بهذا الاضطراب؟

رجل الكهف: لن تكوني سعيدة بسماع هذه الإجابة؛ لأن اضطراب الشخصية الحدية يتفشى بشكلٍ ساحقٍ بين الإناث -وبالأخص الشابات منهن- بنسبة خمسة وسبعين بالمئة، في مقابل خمسة وعشرين بالمئة للذكور فحسب. بيد أنه يمكنني تخفيف وطأة هذا الخبر عليكِ بإخباركِ أن دراسات علم الأوبئة تتحدى هذا التوزيع بين الجنسين (Harrison 2018: 401).

لوسيل "بصوت ضعيف": هل هناك من أمل في الشفاء من هذا الاضطراب؟

رجل الكهف: الأملُ موجود دومًا، فمن يخضع للعلاج من هذا الاضطراب يُظهر تحسنًا ملحوظًا عادةً خلال السنة الأولى، ومعظم هؤلاء يصلون مرحلة لا تنطبق عليهم فيها معايير هذا المرض بعد عشر سنوات.

على جميع الأحوال، فإن غالبية المصابين بهذا الاضطراب يستطيعون تحقيق نوع من الاستقرار في علاقاتهم خلال الثلاثينات أو الأربعينات من أعمارهم. وبالمناسبة، يا لوسيل، أود تذكيرك أن استخدام صيغة المذكر يحتوي ضمنيًا الجنسين معا.

لوسيل "ضاحكة": لا داعي لتذكيري فأنا أعي هذا. وبالنسبة لهذا الاستقرار الذي تتكلم عنه، فأنا أعتقد أن الإناث بطبيعتهن يجنحن في هذه الفترة العمرية للاستقرار وبناء أسرة مهما كلفهن الأمر؛ لذا، فحتى لو كنَّ مصابات بهذا الاضطراب فهن سيجدن طريقة لفعل هذا.

على أي حال، أنا في شوق لسماعك تتحدث عن اضطراب الشخصية التمثيلية الذي أعتقد أنه أيضًا يشيع بين بنات جنسي أكثر من أبناء جنسك، هل توقعي هذا صحيح؟

الباب السابع

اضطراب الشخصية التمثيلية
Histrionic personality disorder

(DSM-5 2013: 667-669)

(Beck 2016: 55-56)

رجل الكهف: في الواقع، على الرغم من أن السجلات العيادة تظهرُ نسبةً مرتفعةً للإناثِ المصاباتِ باضطراب الشخصية التمثيلية مقارنةً بالذكور المصابين به، إلا أن بعض الدراسات تتوقع نسبة متساوية للجنسين.

لوسيل "ضاحكة": هذا خبرٌ جيد. أخبرني بخصال الشخصية التمثيلية كي آخذ فكرة عما نحن مقدمون على مناقشته.

رجل الكهف: يشترك كلٌ من (ICD-10 1992) و (DSM-5 2013) في إقرار أن التعبير عن الذات بطريقة درامية، واستخدام الحركات الايحائية، والاهتمام المبالغ فيه بالمظهر الخارجي، والسعي وراء الإثارة وجذب الانتباه، والمشاعر السطحية التي تتبدل بشكل مستمر، كما والقيام بحركات الإغراء في ظروف ومواقف غير ملائمة هي ما يميز الشخصية التمثيلية، هذا ويزيد عليها (DSM-5 2013) الحديث بانطباعية مفرطة، واعتبار العلاقات أكثر حميمية مما هي عليه في الواقع أيضا.

لوسيل "بنظرة رضا": هذا توصيفٌ جيد. إذن دعنا الآن ننظر في معايير تشخيص هذا الاضطراب وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي

للاضطرابات النفسية (DSM-5 2013) بما أنه أكثر شمولية من (ICD-10 1992).

رجل الكهف: إن (DSM-5 2013) يحدد أن اضطراب الشخصية التمثيلية يصف نمطًا مستمرًا من فرط المشاعر ومحاولات جذب الانتباه؛ بحيث يجب أن تتوافر خمسةٌ أو أكثر من الأعراض التالية لدى أحدهم كي ينطبق عليه تشخيص الإصابة بهذا الاضطراب.

أولاً، عدمُ الارتياح في الحالاتِ التي لا يكون فيها محورَ الانتباه.

ثانياً، يتواصلُ مع الآخرين بطريقةٍ تتسمُ بالإغواءِ الجنسي حتى ولو كان هذا السلوك الاغرائي لا يلائم المواقف مطلقا.

ثالثاً، يُظهِرُ تبدلات مزاجية وعاطفية حادة.

رابعاً، يستخدمُ المظهرَ الجسدي باستمرارٍ للفتِ الانتباه.

خامساً، لديه أسلوبٌ في الكلام مفرطٌ في الانطباعية ومفتقرٌ للتفاصيل.

سادساً، يقومُ بحركاتٍ تمثيلية، ومسرحية، ويبالغ في اظهار العواطف.

سابعاً، سهلُ التأثر؛ أي، يتأثر بالآخرين وبالمواقف بسهولة.

ثامناً، يعتبرُ العلاقات أكثر حميمية مما هي عليه في الواقع.

داني "بارتباك واضح": لم أفهم وجه الترابط بين هذه الأعراض.

رجل الكهف: إن العرض الأول منها، أي رغبته الدائمة في أن يكون محور الاهتمام يُمثلُ يا داني العرضَ الرئيسي، أو الأشهر، والذي بطريقةٍ أو أخرى تندرج تحته أو تتمحور حوله باقي الأعراض؛ فهو يحاولُ دائمًا أن يجذبَ الانتباه لنفسه بشتى الوسائل الممكنة.

وعادةً ما يكون لدى المصابين بهذا الاضطراب طرق فعالة وناجحة لتحقيق هذه الغاية؛ فيستولون بسهولةٍ على اهتمام وانتباه الغرباء، بيد أن تماديهم في هذا المنحى وعدم الانتهاء منه غالبًا ما يجعلُ الآخرين يَملّون منهم بعد مدةٍ من الوقت.

إن المصاب باضطراب الشخصية التمثيلة قد يلجأ، لتحقيق تلك الغاية، يا داني، إلى أي من الأساليب التي وصفتها لكما في الأعراض السابقة؛ فتجده يستعملُ جسده ومظهره الخارجي للفتِ الانتباه؛ وتراه شخصًا ينفق الكثير من المال على شراء الملابس والحلي، ويهدر أوقاتًا كبيرةً في تجهيز نفسه قبل خروجه من المنزل كي يكون متأكدًا من أنه سيكون مُلفتًا للنظر بشكل كافي.

كما قد نجده يسلك سلوكًا فيه إغواء جنسي حتى في المواقف الغير ملائمة، كالعمل أو الجامعة، ولهذا السبب يا لوسيل، فإنه من الطريف أن أشير إلى أنه غالبًا ما يكون لدى المصاب باضطراب الشخصية التمثيلية أصدقاء أكثر من الجنس الآخر مقارنة بالأصدقاء من نفس جنسه، نظرًا لأنه يجذب الأولين بسلوكه، بينما ينظر الأواخر له على أنه مصدرُ تهديدٍ محتملٍ لخسارة شركاءهم من الجنس الآخر.

ولجذب الانتباه أيضًا، فكثيرًا ما يعمد هذا الشخص إلى المبالغة في التعبير عن مشاعره وإظهار تبدلاتٍ مزاجيةٍ حادةٍ ومتكررة، بيد أن الطريف في هذا الأمر يا صديقي هو أن هذه التبدلات تكون تبدلات جذرية ولحظية بطريقةٍ يُدرك بها الحاضرون أن هذا الشخص يُمَثِّلُ عليهم، وأنه ليس منفعلاً لأنه متأثر بهذا الأمر أو ذاك بالفعل.

كما أنه غالبًا ما يتسم بشكلٍ عام بالسطحية؛ فمن جهة، ترياه عندما يتحدث، يقوم باستخدام التعابير بكثرة ويصر على فكرته لمجرد الإصرار عليها دونما تقديم أي دليل مقنع عليها أو محاجة منطقية تدعمها.

في الواقع يا داني، إن الفكرة كلها لا تهمه، بل إن جُلَّ اهتمامه هو أن يبقى محور انتباه الحاضرين.

كما إن سطحيته هذه تجعله سهلَ التأثرِ بالآخرين؛ فيتفاعل مع الموضة دائمًا، ويغير آراءه بسهولةٍ بناءً على آراءِ الآخرين، ولديه اهتمامٌ وتقديسٌ عالي للمشاهير، وهلم جرا.

ولأنه يتوجب عليه أن يكون محورَ الانتباه والاهتمام، فإنكِ تجدينه على الدوام يا لوسيل عندما يتحدث عن أشخاص آخرين، يتحدث عنهم

بطريقةٍ تُشعرُ المستمعَ أنه على علاقةٍ وطيدةٍ بهم. والحق أنه لو قُدِّرَ لكِ أن تتكلمي مع هؤلاءِ الآخرين فستجدي أنهم ربما لن يتذكروا هذا الشخص أو أنهم سيخبرونكِ أن معرفتهم به سطيحة جدا.

وبنفس المنظور، فإنكِ لن تسمعي منه أي قصةٍ يكون دوره فيها دورًا طبيعيا؛ فلا بد أن يكون له دورٌ محوري في أي حكايةٍ سيرويها لك حتى ولو كان دوره فيها، في حقيقة الأمر، دورًا ثانويًا، بل ربما دور متفرج فحسب.

ونظرًا لأنه يهدف دائمًا إلى تحقيق الاشباع الفوري، فإن لديه مشكلة في التعامل مع الأمور التي تحتاج تخطيطًا أو تلك التي تظهر نتائجها بعد مدة، فقد تجده يا داني يبدأ مشروعًا ما في العمل بحماسةٍ كبيرة وتوقعاتٍ عاليةٍ، غالبًا للفتِ الانتباه، لكن ما إن تنتهي هذه الحماسة الابتدائية ويبدأ في الانخراط الجدي في العمل الذي لن تظهر نتائجه إلا بعد مدة، فستجده قد مَلَّ منه وتركه.

وهذا قد ينسحب على علاقاته العاطفية أيضا؛ فنجده يطير فوق السحاب في بداية العلاقة، لكن ما إن تبدأ العلاقة تأخذ منحى روتينيًا، كأي علاقة طبيعية، فإنه قد يتركها بحثًا عن مغامرة جديدةٍ تحقق له الإشباع الذي بدأ يفقده.

داني "بخجل": لقد فهمتك الآن بشكل أفضل. أخبرني يا صديقي بالكلمة المفتاح لهذا الاضطراب.

رجل الكهف: إن الكلمة المفتاح لاضطراب الشخصية التمثيلية هي "التعبير بفعالية" والتي تتجسد في تلك النزعة لجعل جميع المواقف إما دراماتيكية أو رومانسية، إضافة إلى محاولاته فتن الناس وإثارة إعجابهم بشخصه.

داني: كيف يرى المصاب باضطراب الشخصية التمثيلية نفسه؟

رجل الكهف: بسبب خوفه من كونه غير كفؤ وأنه عرضة لأن يتم إهماله، فإنه يعوض هذا بإظهاره صورة ذاتية بأنه فاتن ومثير للإعجاب ويستحق أن يكون محط انتباه واهتمام الآخرين.

لوسيل: وكيف يرى المصاب باضطراب الشخصية التمثيلية هؤلاء الأفراد الآخرين؟

رجل الكهف: إنه ينظر إليهم بعين الرضا طالما أنهم يظهرون له بوضوح اهتمامهم وتأثرهم به كما واستمتاعهم بوجوده بينهم. إنه يحاول تشكيل تحالفات قوية على أنها مشروطة بأن يكون هو محور المجموعة وأن يلعب الآخرون دور الحضور المشاهدين له، المنبهرين فيه.

وعلى عكس المصاب باضطراب الشخصية النرجسية، الذي سأحدثكم عنه تاليًا، فإن المصاب باضطراب الشخصية التمثيلية يكون مهتمًا ومنشغلاً بتفاعله الآني مع الأشخاص الآخرين، وإن ثقته بنفسه مرهونة بقيام الآخرين بإظهار إعجابهم به وتقديره بشكل مستمر.

إنه يستخدم الأسوب الدراماتيكي والأسلوب الإستعراضي كي يقوم بجذب الآخرين إليه. وإذا لم ينجح في هذا، فإنه يشعر أنه قد تعرض للظلم وللمعاملة غير العادلة، فيحاول لهذا حمل الناس على "الإذعان" قسرًا بقيامه بحركات مسرحية تمثل ألمه وغضبه حيث يبدأ بالبكاء أو يحاول الاعتداء على أحدهم، بل ربما قد يقوم بمحاولة انتحار اندفاعية.

لوسيل "مقاطعة": ماذا تعني بمحاولة انتحار اندفاعية؟

رجل الكهف: أقصد أنها محاولة انتحار وليدة لحظتها -دون أي تخطيط مسبق (أنظر Hawton).

داني "بتركيز": حدثنا عن قناعات المصاب باضطراب الشخصية النرجسية.

رجل الكهف: إن محور قناعات المصاب باضطراب الشخصية التمثيلية يتمثل عادة بأفكار من قبيل: "أنا شخص غير جذاب بطبيعته"، و "أنا بحاجة لأن يُعجب بي الآخرون كي أشعر بالسعادة".

لهذا السبب، يا صديقي، إنه يتبنى أفكار تعويضية من مثل: "أنا، وبشدةٍ، شخصٌ مثيرٌ للاهتمام ومُسلٍّ وجدير بأن أكون محبوبًا"، و "أنا أستحق أن أكون محط تقدير وإعجاب الآخرين"، بل "إن الآخرين هم

موجودون فقط من أجل تقديري والإعجاب بي"، و "إنه لا يحق لهم أن يقوموا بإنكار استحقاقي العادل هذا أو حرماني منه".

أما قناعاته الشرطية فهي تتضمن: "إنني جدير باستحقاقي هذا إن استطعت إمتاع الناس وتمكنت من إبهارهم بشخصي"، و "أنا لا شيء مالم أفتن الناس فيَّ"، و " إذا لم أستطع إمتاع الناس فإنهم سوف يهجرونني"، و "إن الناس حقراء إذا لم يستجيبوا لي"، و "إنني شخص عاجز إذا لم أستطع إثارة إعجاب الناس بي".

هذا وإن نمط تفكير المصاب باضطراب الشخصية التمثيلية يجنح إلى أن يكون تفكيرًا شموليًا وذا نزعة انطباعية يمكن ملاحظتها عند النظر في قناعته الأداتية التي هي ببساطة: "يمكنني الانقياد وراء مشاعري".

داني "مقاطعا": إنه شخصٌ تُسيّره العاطفة لا العقلانية.

رجل الكهف: سأشرح لكما لاحقاً أن ما يُسيّر المصاب باضطراب الشخصية الوسواسية القهرية هو نظامٌ متكامل مبني على التفكير العقلاني المضبوط بعناية، لكن على عكسه، أنا أشرح لكما الآن عن شخصٍ منقاد بصورة رئيسية وراء عواطفه.

إنه إذا شعر بالغضب يستخدم هذا الغضب كمسوغ كافٍ لمعاقبة شخص آخر. وإن شعوره بأي استثارة هو مسوغ كافٍ له كي يظهر فيضاً من المشاعر، وإنه -كما أشرت لكما آنفاً- قد يقوم بالتبديل بين أنواع هذه المشاعر خلال بضع دقائق.

هذا وإن شعوره بالحزن هو سبب عقلاني كافٍ بالنسبة له كي يشرع بالبكاء. وإنه يعبر عن يأسه وإحباطه بطريقة دراماتيكية كمحاولات الانتحار التمثيلية على سبيل المثال (أنظر Hawton).

إن أنماط السلوكيات العامة هذه يا داني تتجسد على شكل أوامر ذاتية، "قم بالتعبير عن مشاعرك"، و "كن شخصاً مُسليًا"، و "أظهر للناس أنهم قد قاموا بأذيتك" ونحو هذا من الأوامر.

وإذا نجح في جذب الناس فإنه يصبح ذا روح مرحة ويجتاحه شعور بالمرح والفرح العارم. وعندما يحصل العكس، ويقوم الناس بإحباط فرحه هذا فإنه ينتقل بسرعة إلى الغضب أو الحزن. وعلاوة على ما سبق، فإنه بشكل عام يختبر شعورًا بالقلق مع انزعاج خفيف مترافق مع القليل من عدم الرضا بالحياة.

داني "بابتسامة رضا": الآن قد وعيت بشكل جيد حال المصاب باضطراب الشخصية التمثيلية.

رجل الكهف: لا تنسى يا داني أنه قد يظهر العديد من الأشخاص سمات شخصية تشابه تلك التي شرحناها في أعراض اضطراب الشخصية التمثيلية. لكن فقط عندما تكون هذه السمات غير مرنة، وسيئة التأقلم مع المجتمع، ودائمة، وتسبب عجزًا وظيفيًا هامًا أو انزعاجًا من قبل الشخص نفسه فعندها يمكن أن تكون مؤهلة للنظر فيها على أنها قد تكون أعراضًا لاضطراب الشخصية التمثيلية (DSM-5 2013: 669).

داني: نعم، أتذكر هذا. بيد أنك لازلت لم تذكر لنا الاضطرابات التي قد ترافق اضطراب الشخصية التمثيلية.

رجل الكهف: الاضطراب جسدي الشكل، واضطراب التحول، واضطراب الاكتئاب الحاد، واضطراب الشخصية الاعتمادية، كما وأخوته الثلاث في نفس المجموعة؛ اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع، واضطراب الشخصية الحدية، واضطراب الشخصية النرجسية.

داني "بحماس": فلنبحث إذن هذا الاضطراب الأخير كي تتضح لنا الصورة كاملة.

الباب الثامن

اضطراب الشخصية النرجسية
Narcissistic personality disorder

(DSM-5 2013: 669-672)

(Beck 2016: 54-55)

(أنظر Miller 2010)

رجل الكهف: اضطراب الشخصية النرجسية يصف نمطًا مستمرًا من العظمة، سواء في الخيال أو في السلوك، مترافق مع الحاجة لأن يتم الاعجاب به من جهة، كما وفقدان التعاطف مع الآخرين من الجهة الأخرى.

ولكي يحصل الشخص على التشخيص باضطراب الشخصية النرجسية فإنه يجب أن تتوافر فيه خمسة على الأقل من الأعراض التالية:

أولاً، لديه شعورٌ عظيمٌ بأهميته الذاتية. فنجده مثلاً يبالغ في تعظيم إنجازاته ومواهبه ويتوقع أن يتم الاعتراف به كشخصٍ متفوقٍ دون أن يكون في الواقع قد حقق إنجازات تستحق هذا.

ولكي يعظم من أهمية إنجازاته يا عزيزي فإنه كثيرًا ما يستخف بمساهمات الآخرين فيها. وفي الحقيقة يا داني إنه يصدمُ بشدةٍ إذا لم يتم تقديرُ إنجازاته من قِبل الآخرين بنفسِ درجةِ تقديره هو لها، أو بتلك الدرجة التي يشعر أنه يستحقها.

ثانياً، مشغولٌ دائمًا بخيالاتٍ عن نجاحاتٍ غير محدودة، أو قوة عظيمة، أو ذكاءٍ فائق، أو حبٍ مثالي، وغالبًا ما نجده يقارن نفسه مع مشاهير أو أشخاص لديهم فعلاً هذه الأشياء.

ثالثاً، يؤمن بأنه شخصٌ مميزٌ وفريدٌ من نوعه، وأنه لا يمكن أن يتم فهمه إلا من قِبل أشخاصٍ مميزين، وأنه لا يجب أن يكون محاطًا إلا بأشخاصٍ من النخبة. ومقتنعٌ تمامًا أنه يجب أن يتم الاعتراف به على هذا النحو.

رابعاً، يتطلبُ دائمًا أن يتم الاعجاب به.

خامساً، يُظهر تعجرفًا، أو تكبرًا، أو سلوكًا متعاليا.

سادساً، هو شخصٌ غالبًا ما يحسد الآخرين أو يعتقد أن الآخرين يحسدونه.

سابعاً، لديه شعورٌ بالاستحقاق؛ أعني أن لديه توقعات، غير منطقية، لأن يتم التعاملُ معه بطريقةٍ مميزة وأن يتم تفضيله على الآخرين أو أن يتم بشكل تلقائي تحقيق توقعاته.

فمثلاً يا لوسيل، إذا كان مقدمًا على الوقوف في طابور، فإنه يعتقد أن على جميع الواقفين الانتباه لوجوده، وأن عليهم تمييزه كشخصٍ مهم، وتقدير أن وقته ثمين جدًا، وعليه، يجب أن يعطوه الأولوية عنهم جميعاً، وينزعج بشدةٍ إن لم يحصل هذا.

هذا الشعور بالاستحقاق يترافق مع انخفاض الشعور بحاجات ورغبات الآخرين مما يحيلني إلى العَرضين الأخيرين وهما:

ثامناً، هو شخصٌ إستغلالي؛ يستغلُ الآخرين لتحقيق مآربه وغاياته، بغض النظر عما يمكن أن يسببه هذا لهم من معاناة، ويتوقع أن من حقه الحصول على أي شيء يرغب فيه دون أدنى اعتبار لما يمكن أن يعنيه هذا الشيء لأشخاصٍ آخرين، وبالتالي:

تاسعاً، يفتقد إلى التعاطف؛ هو غير راغب بالإقرار والاعتراف بمشاعر الآخرين وحاجاتهم.

تجده يا داني يجنح بأن يغوص في أعماق مشاعره متحدثًا عن نفسه بإطنابٍ وبتفاصيل تفوق الحدود المنطقية، بينما، في الوقت عينه، لا يستطيع أن يدرك أن الآخرين هم بشرٌ أيضًا ولديهم حاجات ورغبات ومشاعر كما لديه هو.

ولذا يا لوسيل، فإنه لا يُقدِّرُ الضررَ الذي يسببه للآخرين، بل إنه لا يستطيعُ حتى مجرد الاستماع إلى مشاكلهم وحاجاتهم ومشاعرهم. ولو حصل وسمعها وأقر بها، فإنه سيعاملها باستخفافٍ وسيراها دليلاً على ضعفِ هؤلاء الأشخاص.

لوسيل "بتعجب": إن لديه ازدواجيةً حادةً في معايير نظرته لنفسه ونظرته للآخرين!

رجل الكهف: إن الكلمة المفتاح لاضطراب الشخصية النرجسية، يا لوسيل، هو "تعظيم الذات". إن المصاب بهذا الاضطراب يرى نفسه شخصية متميزة وفريدة من نوعها -يمكنك أن تقولي إنه يرى نفسه على أنه أمير حقيقي. إنه مقتنع بأنه ذا مكانة تضعه في مرتبة أرقى من الناس "العاديين" -أعني عامة الشعب.

إنه يرى نفسه كائنًا متفوقًا بطبيعته، ولهذا فهو يستحق الحصول على امتيازات خاصة لا يحوزها الآخرون من الناس، كما إنه يجب لهذا السبب، أن تتم معاملته معاملة خاصة.

إنه باختصار فوق القوانين التي يخضع لها باقي الأشخاص (أنظر Raskin 1991).

داني: إذن هو يماثل زميله المصاب باضطراب الشخصية المعادية للمجتمع في هذا.

رجل الكهف: كلا يا داني، لقد قلت لكما قبل قليل أن لا تخلطا بينهما. إن المصاب باضطراب الشخصية النرجسية هو على عكس المصاب باضطراب الشخصية المعادية للمجتمع في نظرته للقوانين. فهو لا ينظر للقوانين التي تحكم سلوك الناس باستحقار كما يفعل ذاك ذو الشخصية المعادية للمجتمع، لكنه هو فقط يرى أنه يتمتع باستثناء منها.

كما إن المصاب باضطراب الشخصية النرجسية يرى نفسه على أنه جزء من المجتمع الذي يعيش فيه، بيد أنه ينتمي إلى أرفع طبقة من طبقات هذا المجتمع.

لذا فهو يختلف بوضوح عن المصاب باضطراب الشخصية المعادية للمجمع.

داني "بتركيز": اتضح الفرق الآن.

لوسيل "بحيرة": إني أريد أن أعرف بوضوح كيف يرى ذو الشخصية النرجسية، من منظوره المتعالي هذا، البشر الآخرين؟

رجل الكهف: سؤال جيد. هذا لأن عليكِ الانتباه هنا أيضًا فلا تخلطي بين نظرته للآخرين ونظرة ذاك المصاب باضطراب الشخصية المعادية للمجتمع لهم. فعلى الرغم من أن المصاب باضطراب الشخصية النرجسية قد ينظر إلى الناس الآخرين على أنهم أدنى قيمة منه، إلا أنه لا يفعل هذا بنفس عقلية زميله صاحب اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع.

إنه ببساطة يرى نفسه مهيبًا ومتعاليًا على عامة الشعب. إنه يرى الناس على أنهم خدمٌ له. إنه بصورة رئيسية يسعى وراء أن يكون شخصًا مميزًا من قبل الآخرين كي يؤكد هذا له عظمته ومكانته المتعالية.

وكما قلت قبل قليل، إنه عديم الإحساس بحاجات الآخرين ومشاعرهم وقيمهم.

لوسيل "باهتمام بالغ": وكيف يراه الناس؟

رجل الكهف: يرونه شخصًا أنانيًا، متعجرفًا، متبجحًا، متجبرا. كما يلاحظونه عندما يسلك منحى الشخص الذي يقدم التنازلات أو أن يظهر نفسه بمظهر من يتفضل على غيره وهو يبتسم (Harrison 2018: 402).

داني: أراهن أن قناعاته ستكون من الغرابة بمكان.

رجل الكهف: إن القناعات المحورية لدى المصاب باضطراب الشخصية النرجسية هي: "بما أنني شخص مميز، فإني أستحق استثناءات

وامتيازات وأن أكون محط هيبة الجميع"، و "أنا كائن متعالي عن الآخرين ومتفوق عليهم، وعليهم أن يقروا بهذا"، و "أنا فوق القوانين".

وبالمناسبة، عليك أن تعرف أن العديد من المصابين بهذا الاضطراب لديهم قناعات خفية بأنهم أشخاص عاجزون بل وأنهم لا يستحقون أن يكونوا محبوبين كذلك (أنظر Raskin 1991).

بالنسبة لقناعاته الشرطية فهي من نحو: "إذا لم يقم الآخرون بتمييزي والانتباه إلى مكانتي الرفيعة، فيجب معاقبتهم"، و "إذا أردت الحفاظ على مكانتي المتفوقة، فيجب عليّ الحصول على امتثال الآخرين لي".

لكن بالمقابل فإن لديه معتقدات مُصاغة بصيغة النفي من مثل: "إذا لم أكن في القمة، فأنا شخص فاشل". وهذا يفسر الهبوط الحاد في ثقته بنفسه عندما يفشل فشلاً كبيرًا في أمر ما.

هذا وإن لديه اقتناعًا أداتيًا بسيطًا، يا عزيزي، وهو: "ابذل قصارى جهدك لإظهار تفوقك على الدوام".

داني "بشيء من الشرود": توقعت أن تكون لديه قناعات كهذه.

لوسيل "بحماسها الطفولي": أخبرني عن الاستراتيجيات التي ينتهجها كي يصل إلى مبتغاه.

رجل الكهف: إن جميع خططه الرئيسية تتمحور حول نشاطات من شأنها تعزيز مكانته المتفوقة أو نطاق نفوذه كما هو واضح مما ذكرته لكما حتى الآن. لهذا إنه يكون طالب ثروة، أو وجاهة، أو مكانة، أو قوة، أو هيبة كطريقة للحصول على تعزيز مستمر لصورته المتفوقة.

أضف إلى ما تقدم يا داني، أن المصاب باضطراب الشخصية النرجسية يجنح لأن يكون ذا تنافسية عالية مع أولئك الآخرين الذين يدعون أن لديهم مكانة رفيعة توازي تلك التي "لديه"، كما أنه يلجأ إلى استراتيجيات ملتوية كي يصل إلى غاياته.

عليكما أن تفهماني يا صديقيّ، إن الغضب يعتريه إن لم يقدم له الناس الاحترام والإعجاب الذي يعتقد هو أنه يستحقه. بل إنه قد يكتئب بسهولة إذا فشلت استراتيجياته هذه أو تشوهت صورته.

لوسيل "مفكرة": هل لنا بمثال؟

رجل الكهف: لقد عالج المعالجون النفسيون العديد من المُداولين الداخليين inside traders في وول ستريت الذين أصيبوا بالاكتئاب بعد أن تم اكتشاف تلاعباتهم وتم فضحهم على الملأ.

إنهم أصيبوا بالاكتئاب لأنهم أصبحوا على قناعة بأنهم قد خسروا كل شيء بهبوطهم هذا من منزلتهم الرفيعة التي كانوا ينعمون بها (Beck 2016: 55).

لوسيل "باشمئزاز": شكرًا على المثال، أعتقد أنهم يستحقون هذا على أي حال، كم أمقتهم.. وول ستريت!

داني: إني أعتقد أن هذا الاضطراب يشيع بين الذكور أكثر من الإناث، هل أنا على حق؟

رجل الكهف: نعم، أنت محق في هذا؛ فإن نصف، بل ربما ثلاثة أرباع، الذين تم تشخيصهم باضطراب الشخصية النرجسية هم من الذكور.

داني "بخجل": لا بد لي من سؤالك كالعادة، أي الاضطرابات يشيعُ مرافقتها لهذا الاضطراب؟

رجل الكهف: فقدان الشهية العُصابي، واضطرابات استعمال المواد -على الأخص تلك المتعلقة بالكوكايين- كما وإخوته الثلاث في نفس المجموعة؛ اضطراب الشخصية التمثيلية، واضطراب الشخصية الحدية، واضطراب الشخصية المعادية للمجتمع، بالإضافة إلى ابن عمهم اضطراب الشخصية المرتابة.

داني: أعتقد أن ترابط اضطرابات الشخصية بعضها مع بعض يتضحُ بجلاءٍ رويدًا رويدا.

رجل الكهف: عليكما التمييز يا صديقي بين الأشخاص الناجحين الذين تبدو عليهم سمات شخصية والتي يمكن اعتبارها نرجسية. ففقط عندما تكون هذه السمات غير مرنة، وسيئة التأقلم مع المجتمع، ودائمة، وتسبب عجزًا وظيفيًا هامًا أو انزعاجًا من قبل الشخص نفسه فعندها يمكن أن تكون مؤهلة للنظر فيها على أنها قد تكون أعراضًا لاضطراب الشخصية النرجسية (DSM-5 2013: 672).

كما أني أريد لفت انتباهكما إلى أن التشخيص بهذا الاضطراب يبدو أنه يلصق بصاحبه أعلى وصمة ازدراء من بين جميع اضطرابات الشخصية. لذا فإنه يجب ألا يعطى إلا للحالات الشديدة جدًا التي لا جدال في أعراضها، كما أنه يجب أن يتم هذا بعد التأكد من أن من يعطي التشخيص هو طبيب نزيه تمامًا ولم يقحم أي مشاعر شخصية في تقييمه للحالة (Harrison 2018: 402).

هذا وإنه ينصح بشكل عام الآن محاولة تجنب إعطاء هذا التشخيص قدر الامكان، تمامًا كما يتم التعامل مع مسميات قديمة للشخصية من مثل **شخصية غير ناضجة immature personality**، أو **شخصية غير كفؤ inadequate personality**، اللتين لا مكان لهما في الطب النفسي الحديث (Harrison 2018: 402).

لوسيل "بابتسامة": شكرًا على الملاحظة القيمة.

رجل الكهف: اشكريني بأن تثبتي لي أنك قد وعيت خصائص الشخصية النرجسية.

لوسيل "ضاحكة": إحساس مبالغ فيه بأهميته، خيالات عن نجاحات عظيمة أو سلطة ونحوها، مقتنع بأنه شخص استثنائي، بحاجة دائمة لأن يتم الإعجاب به، شعور بأنه يستحق أن يتم تمييزه والإذعان له، يستغل الآخرين، يفتقد إلى التعاطف، يحسد الآخرين ويعتقد أن الآخرين يحسدونه أيضًا، متغطرس، متجبر، وأناني.

رجل الكهف: أحسنت صنعًا يا فتاتي.

لوسيل "بخجل": شكرا.

الباب التاسع

اضطراب الشخصية التجنبية (القلقة)

Avoidant personality disorder
Anxious personality disorder

(DSM-5 2013: 672-675)

(Beck 2016: 48-49)

رجل الكهف: الآن يا لوسيل، سأفتتح لكِ المجموعة الثالثة من اضطرابات الشخصية باضطراب الشخصية التجنبية. هذا الاضطراب الذي أخبرتكما صباحًا أن التصنيف الدولي للأمراض (ICD-10 1992) يطلق عليه تسمية اضطراب الشخصية القلقة.

لوسيل "بفضول": وهل يتطابق الاضطرابان من حيث الأعراض ويختلفان فقط في الاسم؟

رجل الكهف: حسنا. يتشارك اضطراب الشخصية التجنبية مع اضطراب الشخصية القلقة في أن كليهما يتضمن شعورًا بالدونية الاجتماعية، وانشغالاً دائمًا بالخوف من التعرض للرفض، وتجنب الإنخراط في الأعمال أو الأنشطة المختلفة، مع التركيز على تجنب أي مخاطرة، بل وتجنب الأنشطة الاجتماعية بشكل عام.

ويقوم الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-5 2013) بإضافة الأحجام عن إقامة علاقات مقربة بسبب الخوف من أن يتم تخجيله أو السخرية منه، مما يجعل من هذا العرض

الأخير إضافة يحوزها اضطراب الشخصية التجنبية ويفتقد إليها اضطراب الشخصية القلقة.

لوسيل: إذن، أعتقد أن علينا النظر في المعايير الأشمل والأحدث لتشخيص هذا الاضطراب، أي معايير (DSM-5 2013).

رجل الكهف: بالتأكيد. إن اضطراب الشخصية التجنبية، يا لوسيل يصف وفقاً ل (DSM-5 2013)، نمطًا من الكبت الاجتماعي، وشعورًا بالضعف أو عدم الكفاءة، مع فرط حساسية للتقييم السلبي.

على أنه يجب أن تتوافر لدى الفرد أربعة أو أكثر من الأعراض التالية كي يحصل على التشخيص بهذا الاضطراب:

أولاً، تجنب الأنشطة المهنية التي تتطلبُ احتكاكًا كبيرًا مع أشخاصٍ آخرين لخوفهِ من أن يكون محطَ نقدٍ أو سخريةٍ أو رفض. إنه قد يرفض أي ترقياتٍ في العمل لخوفه من أن يكون غير كفء للمهام الجديدة مما قد يتسبب بانتقاده أو السخرية منه من قبل زملاءه.

ثانياً، عدم الرغبة في الاختلاط مع الناس مالم يكن متأكدًا من أنه سيكون محبوبًا من قبلهم. في الواقع، هو يفترض أن جميع الناس يرفضونه مالم يثبتوا له العكس.

ثالثاً، يكون منغلقاً في العلاقات المقربة لخوفه من أن يتم تخجيله أو السخرية منه.

رابعاً، مشغولٌ بمخاوفه من أن يتم نقده أو رفضه في المواقف الاجتماعية.

خامساً، سلبي في المواقف التي فيها علاقاتٌ جديدةٌ بسبب شعوره بعدم الكفاءة وضعف ثقته بنفسه.

سادساً، ينظر إلى نفسه على أنه غير كفؤ اجتماعيًا، أو ذو شخصية غير جذابة، أو أقل شأنًا من الآخرين.

سابعاً، يترددُ، بشكل غير طبيعي، في القيام بأي مخاطر شخصية، أو الانخراط في أي أنشطةٍ جديدةٍ لخوفه من أن تزج به في مواقف محرجة؛

فتجدينه يا لوسيل يبالغ في تقييم المخاطر المحتملة لمواقف عادية جدًا كي يتجنب القيام بها (أنظر Skodol 2005).

بشكلٍ عام، هذا الشخص يعتمد نمط حياةٍ حذرًا زيادة عن اللزوم، ويحتاجُ ضمانات عالية وتأكيدات قبل القيام بأي عمل.

لوسيل! أنا أتكلم عن شخصٍ قد يلغي مقابلة عمل لأنه غير متأكدٍ مئة بالمئة من أن ملابسه تناسب هذه المقابلة. وبالتالي، شخصٌ كهذا لديه مشكلةٌ في الحصولِ على عملٍ، أو المحافظة على عمله أو حتى علاقاته.

إنه يعتقد أنه مهما فعل فإن الآخرين سيرونه مخطئا؛ ولذا، فإنه سيحاول ألا يفعل شيئا؛ لهذا السبب، سترينه خجولاً وهادئًا بل ربما لن تشعري بوجوده. هذا وإنه يشعر بألم فظيع إن قام أحدهم بتوجيه أدنى تلميحاتٍ فيها سخرية أو رفض له.

والمشكلة يا عزيزتي، أن سلوكه هذا سيحفز البعض على السخرية منه أو انتقاده، مما سيؤكد له نظرته السلبية عن نفسه ويقوده إلى مزيد من الخجل والحذر، مما يفاقم من اضطرابه، والذي بدوره سيقود إلى احتمالية أعلى بأن تتم السخرية منه أو انتقاده، فيتفاقم شعوره بعدم الكفاءة، وهلم جرا.

لوسيل "مقاطعة": يبدو لي أن هذا الشخص هو نقيض ذاك المصاب باضطراب الشخصية النرجسية الذي كنا نتحدث عنه قبل قليل.

رجل الكهف "متجاهلاً المقاطعة": وسأحيطكِ علمًا، علاوة على ما سبق، بأن اضراب الشخصية التجنبية يتم تشخيصه لدى كلا الجنسين بنفس النسبة، وإن هذا الاضطراب يبدأ عادةً منذ الطفولة المبكرة؛ فيكون الطفل خجولاً وانطوائيًا ويخاف من الغرباء ومن المواقف الجديدة.

لوسيل "مقاطعة": مهلاً، إن الخجل هو عَرض يشيع بين الأطفال بشكل طبيعي!

رجل الكهف: هذا صحيح يا عزيزي، بيد أنه يجنح للتلاشي مع تقدم الطفل في العمر، على عكس أولئك المصابين باضطراب الشخصية

التجنبية الذين سيجنحون لأن يصبحوا أكثر تجنبًا وخجلاً في المراهقة وبدايات سن الرشد.

على أن هذه الأعراض قد تبدأ بالانسحاب تدريجيًا في مراحل متقدمة من أعمار المصابين بهذا الاضطراب.

داني: وما هي الاضطرابات التي قد ترافق اضطراب الشخصية التجنبية؟

رجل الكهف: الاضطرابات الاكتئابية، واضطرابات ثنائي القطب، واضطرابات القلق وبالأخص اضطراب القلق الاجتماعي، واضطراب الشخصية الحدية، كما وجميع أعضاء المجموعة الأولى من اضطرابات الشخصية؛ أي، اضطراب الشخصية المرتابة، واضطراب الشخصية الفصامية، واضطراب الشخصية الفصامي النمط.

هذا وبما أن المصاب باضطراب الشخصية التجنبية قد يتعلق كثيرًا ببعض الأشخاص الذين يشعر بالأمان معهم، وبسبب ضعف شخصيته وخوفه من المواقف الاجتماعية وإحجامه عنها، إلى ما هنالك من أمور سبقت الإشارة إليها، فإنه ليس من النادر أن يُطورَ اضطرابَ الشخصية الاعتمادية أيضًا -والذي سأشرحه لكما الآن (أنظر Huprich 2005).

داني: رويدك يا صاحبي، دعنا لا نتقدم بسرعة. علينا أن نكون متأكدين بأن الصورة لدينا مكتملة قبل المضي قدما. أخبرنا بالكلمة المفتاح لهذا الاضطراب.

رجل الكهف: إن الكلمة المفتاح لاضطراب الشخصية التجنبية هي "شديد الحساسية". إن المصاب بهذا الاضطراب يعاني من معضلة جوهرية تتمثل في أنه من جهةٍ يحب أن يكون قريبًا من الآخرين، وأن يرتقي إلى مستوى توقعاتهم المهنية والفكرية. لكنه من جهةٍ أخرى خائف من أن يفشل، أو أن تتم أذيته أو رفضه.

وعلى عكس زميله المصاب باضطراب الشخصية الاعتمادية، الذي سأشرحه لكما تاليًا، فإن المصاب باضطراب الشخصية التجنبية يتبع استراتيجية التراجع، أو عدم إقدامه على القيام بالأمور من الأساس.

لوسيل: أخبرنا بكلمتين مقتضبتين كيف يرى المصاب باضطراب الشخصية التجنبية نفسه؟

رجل الكهف: إنه يرى نفسه شخصًا غير كفء اجتماعيًا، وضعيف الأداء في الدراسة والعمل.

لوسيل "بابتسامة": أحببت هذه الإجابة المختصرة. أخبرني بنفس الطريقة، كيف يرى هو الناس الآخرين.

رجل الكهف: إنه يراهم على أنهم هم المرشحون للقيام بإذلاله، أو إحراجه، أو انتقاده، أو يراهم على أنهم هم الأشخاص الذين لن يكونوا مهتمين له.

داني: وما هي قناعاته ومعتقداته؟

رجل الكهف: إن المعتقدات الجوهرية لدى المصاب باضطراب الشخصية التجنبية هي: "أنا شخص غير جيد"، و "أنا شخص بلا قيمة"، و "أنا شخص غير جدير بأن يُحب"، و " أنا لا يمكنني التعامل مع المشاعر المزعجة".

هذه المعتقدات هي التي تسبب -إن جاز التعبير- الطبقة التالية، الأعلى، من المعتقدات الشرطية: "إذا اقترب الناس مني، فإنهم سوف يكتشفونني على حقيقتي وبالتالي فهم سيهجرونني، وإن ذلك سيفوق قدرتي على الاحتمال"، و "إذا شرعت بالقيام بأمر جديد ما ولم يكلل بالنجاح، سيكون ذلك مدمرًا لي تماما".

أما المستوى الثالث، والذي يمثل سلوك المصاب باضطراب الشخصية التجنبية، أقصد مستوى المعتقدات الأداتية أو التعليمات الذاتية، والتي هي من مثل: "إن أفضل ما يمكنني القيام به هو الابتعاد عن التورط في أي مخاطرة"، و "يجب عليّ تجنب المواقف غير السارة مهما كلفني الأمر"، و "إذا شعرت أو فكرت بأمور غير سارة، عليّ التخلص منها وذلك بتشتيت انتباهي أو القيام بشرب المسكرات أو تعاطي المخدرات"، الى ما هنالك من أمور من شأنها تشتيت انتباهه.

لوسيل: صف لنا مخاوفه بكلمتين موجزتين.

رجل الكهف: إنه يخاف من أن يتم تحقيره، أو إذلاله، أو على الأقل رفضه. بيد أن أكبر مخاوفه هو أن يتم اكتشاف أنه شخص مخادع، أعني أنه قد خدعهم بإخفاء شخصيته الحقيقية.

لوسيل "مفكرة": إذًا هو يتجنب أي موقف قد يتسبب في أن يتم تقييمه من قبل الآخرين.

رجل الكهف: هذا صحيح، هذه هي استراتيجيته الرئيسية. ولهذا، فإنه يجنح إلى تجنب المواقف الاجتماعية. وعندما يكون مع مجموعة من الأشخاص، يحاول التراجع وتهميش نفسه، ويحاول عدم لفت الانتباه له.

وفي العمل، يحاول تجنب تحمل أي مسؤوليات جديدة أو حتى أي ترقيات بسبب خوفه من الفشل ومما قد يتبعه من تصرفات الآخرين نحوه.

لوسيل "باهتمام": حدثنا أكثر عن مشاعره.

رجل الكهف: بشكل رئيسي تتمثل في الانزعاج المترافق مع مزيج من القلق والحزن. ولهذه المشاعر صلة بعجزه عن الحصول على (1) السعادة -التي يتمنى الحصول عليها من العلاقات المقربة- من جهة، ومن الجهة الأخرى (2) مشاعر التفوق والبراعة التي يتمنى الحصول عليها من تمكنه من تحقيق إنجازات ما. كما أنه يختبر قلقاً بسبب خوفه من أن يتورط في أي مواقف اجتماعية أو في العمل.

إن تسامحه المتدني مع الانزعاج يحميه من الحاجة لتطوير أساليب لمواجهة خجله وتوكيد نفسه بشكل أكثر فعالية. وبما أنه يجنح إلى مراقبة مشاعره باستمرار، فإنه في حقيقة الأمر حساس لمشاعر الحزن والقلق التي قد تعتريه.

ومن الغريب أنه وعلى الرغم من إحساسه المفرط بالمشاعر المؤلمة، إلا أنه يحجم عن تحديد أو توصيف أفكاره الغير سارة للآخرين. هذه النزعة

تتماشى مع استراتيجية أساسية يتبعها ذو الشخصية التجنبية تسمى التجنب الادراكي.

إضافة إلى هذا، إن تسامحه المنخفض للمشاعر غير السارة، كما وحساسيته المفرطة للفشل والتعرض للرفض تتخلل جميع أعماله وتحركاته.

لوسيل: وكيف يتعامل المصاب باضطراب الشخصية التجنبية مع خوفه من الفشل؟

رجل الكهف: عبر تخفيضه لمستوى توقعاته وعدم الاشتراك في أي أمر ينطوي على احتمالية بأن يفشل أو أن يتم رفضه كما شرحت لكما سابقا. وهذا، في الحقيقة، هو على عكس الشخص المصاب باضطراب الشخصية الاعتمادية الذي يتعامل مع مخاوفه من الفشل عبر الإتكال على غيره.

لوسيل "بحماسها الطفولي": أعتقد أن بإمكانك أن تحدثنا عن هذا الأخير الآن، أليس كذلك يا داني؟

داني: أوافقكِ الرأي. شكرًا على التوضيحات يا رجل الكهف.

رجل الكهف: يبدو أنكما نسيتما القاعدة التي تقول إنه قد يظهر العديد من الأشخاص سمات شخصية والتي يمكن اعتبارها تجنبية. لكن فقط عندما تكون هذه السمات غير مرنة، وسيئة التأقلم مع المجتمع، ودائمة، وتسبب عجزًا وظيفيًا هامًا أو انزعاجًا من قبل الشخص نفسه فعندها يمكن أن تكون مؤهلة للنظر فيها على أنها قد تكون أعراضًا لاضطراب الشخصية التجنبية (DSM-5 2013: 675).

لوسيل "بخجل": لقد انقدت وراء حماسي.

الباب العاشر

اضطراب الشخصية الاعتمادية
Dependent personality disorder

(DSM-5 2013: 675-678)

(Beck 2016: 49-50)

(أنظر Disney 2013 و Bornstein)

رجل الكهف: عليّ في البداية يا لوسيل، أن أشير إلى أن التصنيف الدولي للأمراض (ICD-10 1992) كما والدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-5 2013) يعتبران أن ما يميز الشخص ذا الشخصية الاعتمادية هو سماحه للآخرين بتحمل مسؤولياته لأنه يشعر أنه غير قادر على تحملها بنفسه، لذا، فهو في خوف من أن يتم تركه كي يعتني بنفسه، إضافة إلى كونه بحاجة مستمرة وحثيثة للمساعدة في اتخاذ قرارات حياته اليومية، وهو مذعن بإفراط محجمٌ عن طلب أي مطالب ولو كانت معقولة.

وبينما يكتفي (ICD-10 1992) بهذا القدر من الأعراض، فإن (DSM-5 2013) يتابع مضيفاً أنه يصعب على المصاب باضطراب الشخصية الاعتمادية المبادرة بالقيام بالأعمال، وأنه يقدم تنازلات كبيرة جدًا في سبيل حصوله على الدعم، وما إن يفقد هذا الدعم، فإنه يبحث بأسرع ما يمكنه عن دعم بديل عنه.

لوسيل "بارتباك": على الرغم من أنك قد حدثتنا صباح اليوم عن اضطراب الشخصية الاعتمادية، إلا أنني بحق لم أفهم أي شيء مما تقوله الآن. أين وجه الترابط بين كل هذا.

رجل الكهف: إذن يجب عليّ يا عزيزتي أن أحدد لكِ، بشيءٍ من التفصيل، وبكلماتٍ أكثر شمولاً واقتضابًا مما قلته آنفًا، معايير تشخيص هذا الاضطراب الذي يوصّف شخصًا لديه حاجة دائمة وشاملة لأن تتم رعايته، مما يتسبب في أن يسلك سلوكًا مستكينًا ومنقادًا مع خوفٍ دائم من الانفصال عن هؤلاء الذين يرعونه.

ولكي نعطي تشخيصًا باضطراب الشخصية الاعتمادية يا لوسيل، فإن خمسة على الأقل من الأعراض التالية يجب أن تتوافر في الشخص:

أولاً، لديه صعوبة في اتخاذ القرارات اليومية دون مقدار كبير من النصح والتأكيدات من قِبَلِ أشخاصٍ آخرين -أنا أتكلم هنا عن شخصٍ لا يستطيع منفردًا تقريرَ أي قميصٍ يجب أن يرتديه للذهاب إلى العمل على سبيل المثال.

ثانيًا، يحتاجُ أشخاصًا أخرين كي يتولوا مسؤوليات معظم مناحي حياته. هو شخصٌ سلبي تمامًا، ولسان حاله يقول: قرروا عني وأنا سأفعل؛ ماذا يجب أن آكل اليوم؟ هل يتوجب عليّ الخروج مع أصدقائي هذا المساء؟ ماذا يجب عليّ أن أدرس؟ أي نوع من الأعمال يجب أن أمتهنه؟ في أي منطقة يجب أن أسكن؟ وهلم جرا.

على أن تكون هذه الحالة الاعتمادية يا لوسيل، تتجاوز الحال الطبيعي لهذا الانسان في ظل ظروفه الصحية والاجتماعية. وبالمناسبة يا داني، فإنه غالبًا ما يكون اعتماديًا على شخصٍ واحدٍ بعينه.

ثالثًا، لديه صعوبة في التعبير عن عدم موافقته للآخرين بسبب خوفه من فقدان دعمهم له، وبالأخص إذا كان هذا الموقف مع الأشخاص أنفسهم الذين يعتمد عليهم. لذا، فإنه سيقوم بأمورٍ يراها خاطئة أو يكون غير راضٍ عنها فقط من أجل عدم المخاطرة بفقدان الدعم إن هو عبر عن رأيه فيها.

ويجب أن تلاحظا هنا أن الخوف من فقدان الدعم هو السبب في عدم تعبيرهِ عن رأيه المخالف، أو عن عدم موافقته، وليس الخوف من العقاب.

فإذا كان خائفاً، بشكلٍ مبررٍ من العقاب فلا يجب أن يعتبر عرضًا من أعراض اضطراب الشخصية الاعتمادية.

رابعاً، لديه صعوبة كذلك في البدء بأي مشروع أو القيام بالأعمال لوحده، ليس لعدم وجود حافزٍ أو طاقةٍ لديه، بل لانعدام ثقته بنفسه. ينتظر على الدوام الآخرين كي يبدؤا الأعمال لأن لديه قاعدة تنص على أن الآخرين يعرفون كيف يقومون بالأمور أفضل منه.

لوسيل! هل بدأتِ تفهمينني؟ هو لديه قناعة تامة بعجزه عن القيام بالمحاكمات بشكل صحيح أو القيام بأي نشاطٍ لوحده. لكنه بالمقابل، قد يقوم بنفس العمل بكفاءةٍ عاليةٍ إذا تم تطمينه بأن أحدًا ما يراقبه وسيقوم بتوجيهه إن لزم الأمر.

إنه غالبًا ما يرفض تولي أي مناصب أو تحمل أي مسؤوليات، وإن حصل وكان عليه اتخاذ قرار ما، فإنه سيشعر بقلق رهيب.

بصراحة، هو يخاف أن يراه الآخرون كفؤًا للقيام بأي شيءٍ لوحده لأن هذا قد يؤدي بهم إلى تركه يقوم بالأعمال منفردًا دون رعاية، وهذا هو جل ما يخشاه.

خامساً، يذهبُ إلى أبعدِ الحدودِ في محاولاتِ كسبِ الرعايةِ والدعم من قبل الآخرين إلى درجةٍ تطوعه للقيام بأعمالٍ غير سارة له.

إنه قد يُقدّمُ، يا داني، تضحيات عالية جدًا قد تصلُ إلى درجة قبوله - بل أحيانًا تطوعه- للتعرض إلى الإساءاتِ الجسدية أو الجنسية أو اللفظية ونحوها.

كل هذا يا لوسيل كي يكسب الدعم أو كي يتأكد من عدم وجود احتمالية لخسارة الرعاية التي ينعم بها.

وبالتأكيد، يا صديقيّ، هذا العرض لا يتضمن الحالات التي يكون مجبرًا فيها على تلك الأمور ولا عندما يكون هناك مبرر مقنع لقبولها.

لوسيل "بدهشة": هذا مثير للشفقة.

رجل الكهف "متجاهلاً المقاطعة": أما العرض السادس فهو شعوره باليأس وعدم الارتياح عندما يكون وحيدًا بسبب مبالغته في خوفه من أنه غيرُ قادرٍ على رعاية نفسه. لذا فقد ترينه يفضلُ التواجدَ مع الآخرين حتى وإن كانوا يقومون بأنشطةٍ لا يحبها، أو أنهم متواجدون في أماكن لا يستمتع هو بالتواجد فيها، على أن يبقى ينتظرهم وحيدا.

سابعاً، الانشغال، بشكلٍ غير منطقي، بمخاوف من أن يتم تركه ليعتني بنفسه منفردا. إن قناعته الراسخة باعتماده الكلي على الآخرين تجعله مذعورًا طيلة الوقت من احتمالية أن يتركوه. دون أن يظهر له هؤلاء الآخرون ما يبرر مخاوفه هذه بالطبع.

ثامناً، عندما تنتهي علاقته المقربة التي يكسب الدعم منها، فإنه كما قلت لكِ قبل قليل، يبحث بعجالةٍ شديدةٍ عن مصدرٍ رعايةٍ بديل. وبسبب قناعته بعدم قدرته على العناية بنفسه فإنه يتعلق تلقائيًا بأول بديلٍ يعثر عليه.

تذكرا أنه قد يظهر العديد من الأشخاص سمات شخصية والتي يمكن اعتبارها اعتمادية. لكن فقط عندما تكون هذه السمات غير مرنة، وسيئة التأقلم مع المجتمع، ودائمة، وتسبب عجزًا وظيفيًا هامًا أو انزعاجًا من قبل الشخص نفسه فعندها يمكن أن تكون مؤهلة للنظر فيها على أنها قد تكون أعراضًا لاضطراب الشخصية الاعتمادية (DSM-5 2013: 678).

أما المصاب باضطراب الشخصية الاعتمادية يا داني، فهو شخصٌ متشائمٌ غالبًا، ويستخفُ بقدراته، ولا ثقة له بنفسه، بل ليس من الغريب أن ينعت نفسه بالغبي.

وبسبب اتسام سلوك المصابين باضطراب الشخصية الاعتمادية بهذا النمط الذي أصفه لكما، فإن هذا قد يجعلهم محط سخرية أو انتقاد غيرهم، مما يؤكد لهم نظرتهم إلى أنفسهم، ويزيد من عدم ثقتهم بأنفسهم، مما يفاقم من معاناتهم في الحياة الاجتماعية أكثر، فيحصلون على انتقادات وسخريات بشكل أكبر، وهلم جرا.

على أي حال، إن المصابين باضطراب الشخصية الاعتمادية غالبًا ما تكون علاقاتهم الاجتماعية محدودة بهؤلاء القلة الذين يعتمدون عليهم.

ولعلمكما، فإن التعرض لمرض فيزيولوجي مزمن، أو اضطراب قلق الانفصال في فترة الطفولة أو المراهقة من شأنه جعلُ الشخص أكثر عرضة للإصابة باضطراب الشخصية الاعتمادية.

لوسيل: وهل أكثر المصابين بهذا الاضطراب هم من الذكور أم الاناث؟

رجل الكهف: إن التقارير العيادية تظهر تفوقًا لنسبة الاناث على الذكور، بيد أن بعض الدراسات تقترح تساوي النسبة بين الجنسين.

داني "ضاحكا": كما جرت العادة، سؤالي المفضل، ماذا عن الاضطرابات المرافقة؟

رجل الكهف: اضطرابات القلق، أو الاضطرابات الاكتئابية، أو اضطرابات التكيف، أو اضطراب الشخصية الحدية، أو اضطراب الشخصية التجنبية أو اضطراب الشخصية التمثيلية.

لوسيل: بعد كل هذه الاستفاضة، ماهي الكلمة المفتاح لاضطراب الشخصية الاعتمادية؟

رجل الكهف: في الحقيقة يمكنني هنا قول كلمتين مختلفتين هما: "دَبِق" و "مُذعن".

داني: أوجز لنا نظرته إلى نفسه بكلمات موجزة.

رجل الكهف: إنه يرى نفسه شخصًا عاجزًا، ضعيفًا، ناقصًا، ذا حاجة، لاحول له ولا قوة. ولهذا فهو يحاول إلصاق نفسه بمن هو أقوى منه كي يوفر هذا الأخير له الحماية والنجاة والسعادة.

داني "بابتسامة رضا": اقتضاب موفق. بنفس الإيجاز، كيف ينظر إلى الآخرين؟

رجل الكهف: إنه يرى ذلك الذي يعتني به على أنه شخص قوي مثالي. يراه على أنه شخص كفء، يراه على أنه الراعي والداعم له.

وعلى عكس صديقه المصاب باضطراب الشخصية التجنبية الذي، كما شرحت لكما قبل قليل، يحاول تجنب الانخراط في أي علاقات وبالتالي لا يحصل على أي دعم اجتماعي، فإن المصاب باضطراب الشخصية الاعتمادية يمكنه أن يعمل بشكل جيد ويقوم بمهامه الحياتية اليومية بكفاءة طالما كان ذلك "القوي" متاحًا له.

لوسيل "بلهفة": أخبرنا عن قناعاته.

رجل الكهف: إنه مقتنع بفكرة مفادها: "أنا بحاجة لأشخاص آخرين - شخصًا قويًا على وجه الخصوص- كي أستطيع النجاة في هذه الحياة". كما أنه مقتنع بأن سعادته مرهونة بوجود شخص ما متاحٍ له.

إنه مقتنع بأنه بحاجة إلى الدعم المستمر دون انقطاع ولا نقصان. وبكلمات امرأة مصابة باضطراب الشخصية الاعتمادية: "أنا لا يمكنني العيش دون رجل"، ثم أضافت "لا يمكنني أن أكون سعيدة على الاطلاق مالم أكن محبوبة".

لوسيل: وماذا عن تلك القناعات الهرمية التي تخبرنا بها عادة؟

رجل الكهف: لكِ هذا. إني سأبدأها كالعادة، بالقناعة المحورية التي من الممكن أن تكون: "أنا في حالة عجز تام"، أو "أنا وحيد تماما".

ثم القناعات الشرطية التي هي: "أنا يمكنني أداء أعمالي اليومية إذا، وفقط إذا، كان هناك شخص كفء متاح لي"، و "أنا سأموت إذا تم هجراني"، و "سأكون تعيسًا على الدوام إذا لم أكن شخصًا محبوبا".

وأخيرًا، فإن المستوى الأداتي يحتوي أوامر من قبيل: "لا تقم بالإساءة إلى مقدم الرعاية"، و "ابق قريبًا"، و "حاول إقامة علاقة تكون بأكثر حميمية ممكنة"، و "كن ذليلاً خانعًا كي تستطيع الحفاظ على مقدم الرعاية".

داني: أوجز لي أبرز مخاوفه بكلمة واحدة من فضلك.

رجل الكهف: إن أبرز مخاوفه، كما هو واضح، تتعلق بالرفض والهجران.

داني "وهو يرتشف القهوة": وكيف يتعامل مع هذه المخاوف؟

رجل الكهف: من البديهي أن استراتيجيته الرئيسية هي توطيد علاقته الاعتمادية على الدوام جهد استطاعته. إنه يفعل هذا باستمراره بإذلال نفسه لشخص قوي وبمحاولات إرضائه واسعاده.

لوسيل: نعم أذكر أن العرض الخامس من الأعراض الازمة للتشخيص كان يتضمن قبوله للاعتداءات الجسدية بل والجنسية أيضا. أخبرني بالمزيد عن مشاعره لو سمحت.

رجل الكهف: إن القلق هو أبرز المشاعر التي تعتريه، إنه قلق من أن تتعرض علاقته الاعتمادية لأي اضطراب. وبشكل دوري، يزداد قلقه هذا عندما يتصور -أو تأتيه هواجس- بأن العلاقة قد تمزقت.

كما أنه قد يغرق في الاكتئاب إذا تخلى عنه مقدم الرعاية. وفي المقابل فإن سرورًا عظيمًا يعتريه أو أنه يشعر بنشوة عندما تتحقق أمنياته الاعتمادية.

لوسيل "مقاطعة بلطف": خطر في بالي سؤال. أي اضطرابات الشخصية هي أكثر شيوعًا بين الناس؟

الباب الحادي عشر

اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية
Obsessive-compulsive personality disorder
Anankastic personality disorder

(DSM-5 2013: 678-682)

(Beck 2016: 51-52)

رجل الكهف: إن أحد أكثر اضطرابات الشخصية انتشارًا هو اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية.

لوسيل "بسرور طفولي": من الجيد أنك أخيرًا وصلت إلى هذا الاضطراب. فإنني أردت أن أسألك، منذ أن ذكرته لنا هذا الصباح، عن علاقته باضطراب الوسواس القهري، إلا أني نسيت.

رجل الكهف: أنتِ لستِ أول من يعتقد بوجود رابط بين هذين الاضطرابين، فإن الاسمين يفرضان منطقيًا، وجد نوع من الترابط بينهما. ولهذا السبب بالضبط، فإن الطبيب النفسي الألماني، ابن مدينة شتوتغارت، يوجين كان Eugen Kahn قد اقترح مصطلح anankastic عوضًا عن obsessive-compulsive (Kahn 1931). وها أنت الآن بت تعلمين لماذا وكيف، ولد الاسم الذي تبناه التصنيف الدولي للأمراض (ICD-10 1992) كما أخبرتكما في الصباح.

لوسيل "بمزيد من الحماس": الأمر يبدو أكثر منطقية الآن.

رجل الكهف: إن اضطراب الوسواسِ القهري، يا صغيرتي، هو اضطرابٌ مختلفٌ بالكلية عن اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية.

لوسيل "بانتباه": وما الفرق بينهما؟

رجل الكهف: إن اضطرابَ الشخصية الوسواسية القهرية يصف نمطًا شاملاً من الانشغال بالترتيب، والمثالية، والانضباط العقلي، وضبط العلاقات الشخصية على حساب الانفتاح والمرونة والفعالية.

وعلى الرغم من تشابه الاسم بين هذا الاضطراب واضطراب الوسواس القهري، إلا أن عليكِ الانتباه إلى أن هذا اضطرابٌ في الشخصية، وبالتالي، هو يجنح إلى العمومية والشمولية؛ إنه نمط تفكير وسلوك، بينما اضطراب الوسواس القهري يجنح إلى أن يكون أكثر خصوصية في نطاقات معينة.

وبسبب هذا، يا لوسيل، فإن كلاً من الوسواسية والقهرية في اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية أقلُّ حِدة بينما تكون أكثر شمولية من نظيرتها في اضطراب الوسواس القهري.

ويمكنني القول أيضًا يا لوسيل، إنه غالبًا ما يكره المصاب باضطراب الوسواس القهري تلك الوسواسية والقهرية التي تجبره على تكرار بعض الأمور مثلاً، بينما في المقابل، المصاب باضطراب الشخصية الوسواسية القهرية لا يرتاح إلا عندما يقوم بذلك -إن العمل لا يتم من وجهة نظره إلا عند قيامه بذلك.

داني: وهل يترافق الاضطرابان مع بعضهما لدى نفس الشخص؟

رجل الكهف: على الرغم من إمكانية إعطاء التشخيص بالإصابة باضطراب الوسواس القهري واضطراب الشخصية الوسواسية القهرية لنفس الفرد، إلا إنه في واقع الأمر، غالبية المصابين باضطراب الوسواس القهري ليس لديهم نمط السلوك الذي يمكنهم من الحصول على تشخيصٍ باضطراب الشخصية الوسواسية القهرية.

لوسيل "بحماسها الطفولي": إذن هلا شرحت لنا كيف يتصف سلوك المصاب باضطراب الشخصية الوسواسية القهرية؟

رجل الكهف: إنه يتصف بالانشغال بالقواعد والانضباط والغوص في التفاصيل. إن نزعته نحو المثالية تسيطر عليه. وهو ذو ضمير مفرط اليقظة، ويلتزم بمعايير أخلاقية مرتفعة. تجدينه منغمسًا على الدوام بالعمل والإنتاجية.

جامد وغير مرن في الأمور الأخلاقية ونحوها. غير قادر على التخلي عن الأشياء البالية. مقتصد ماليًا، عنيد، ولا يحب العمل مع الآخرين ولا أن يفوض غيره بأداء بعض مهامه (Harrison 2018: 403).

لوسيل "مقاطعة": رويدك يا رجل الكهف، هذا شرح سريع زيادة عن اللزوم! أرجوكِ اذكر لنا الأعراض؛ اشرح لنا معايير التشخيص كما تفعل على الدوام.

رجل الكهف: لكِ ذلك، فأصغي السمع. كي يحصل أحدهم على تشخيصٍ باضطراب الشخصية الوسواسية القهرية، يا لوسيل، يجب أن يتصف سلوكه بأربعةٍ أو أكثر من الأعراض التالية:

العرض الأول، وهو العرض الرئيسي الذي يتجلى في غالبية المصابين باضطراب الشخصية الوسواسية القهرية والذي تكون باقي الأعراض عادةً تجليات له أو نتيجة له، وهو أن يكون شخصًا منشغلاً بالتفاصيل، والقوانين، واللوائح، والترتيب، والتنظيم، إلى درجةٍ يضيع معها الموضوع الرئيسي للعملِ الذي يقوم به.

إن لديه طريقة دائمة وثابتة من التفكير تجعله يهتم بأتفه التفاصيل - وأنا أعني أتفه- لدرجة أن العمل الكلي قد لا يتم إنجازه أو يتم إنجازه متأخرًا جدًا نظرًا لأنه يبدي اهتمامًا مبالغًا فيه لجميع التفاصيل المشكّلة لهذا العمل ويعيد التأكد مما قام به مرارًا وتكرارًا بحثًا عن أي أخطاء محتملة أو انحرافات عن الكمال.

والمشكلة، يا لوسيل، أنه غالبًا ما يهتم بتفاصيل لا تؤثر اطلاقًا على نتيجة العمل الكلي أو الهدف منه، بل ربما يكون إغراقه في التدقيق بهذه التفاصيل قد يسبب فشلاً في العمل الكلي أو عدم إنجازه على الاطلاق[5].

داني "بتعجب": ألا يستهلك هذا منه وقتًا كبيرا؟ كيف يستطيع إيجاد وقتٍ للقيام بكل هذه الأمور؟

رجل الكهف: إن عاملَ الوقت غالبًا مهملٌ تماما. المهم بالنسبة له هو الالتزام بالقوانين والتدقيق في التفاصيل، بحسب ما يراه هو مناسبًا، دون أدنى اكتراثٍ بأن التأخير الذي يتسبب به هو مزعجٌ للآخرين؛ فكثيرًا ما يتأخر عن مواعيد تسليم الأعمال، ودائمًا ما يترك الأمور إلى آخر لحظةٍ كي يقوم بها لأنه كما ستريان بعد قليل، دائمًا لديه ما يشغله على أي حال.

وليس عاملُ الوقتِ هو المهملُ فحسب، بل إنه غالبًا ما يكون منشغلاً في الإغراق بإنجاز عملٍ ما لدرجةِ أن جميع الأمور الخارجة عن نطاق تركيزه هذا تكون مهملة بشكلٍ كلي.

العرض الثاني، كما أشرتُ قبل قليل، إنه يهتم بالمثاليةِ لدرجةٍ تعيق إنجاز العمل. إن المعايير العالية التي يضعها لنفسه ومحاولته التزام المثالية بشكلٍ مفرطٍ كثيرًا ما تجعله غير قادرٍ على إتمام الأعمالِ على الإطلاق.

بل إنه يتنازلُ عن القيام بالكثير من الأعمال لأنه فقط لم يستطع رسمَ خطةٍ مثاليةٍ لتنفيذها وليس لأنه غير قادر على تنفيذها.

إن لديه قاعدة تنص على أنه "إما أن أتم إنجاز العمل بمثالية أو لا أقوم به مطلقا." وقد تتجلى هذه القاعدة حتى في كلامه؛ فيبدو شخصًا جديًا ورسميًا وقليل الكلام لأنه لا يتكلم إلا إذا كان متأكدًا أن ما سيقوله سيكون مثاليًا ومناسبًا في مقامه.

بالنسبة للمصاب باضطراب الشخصية الوسواسية القهرية يا داني، إن اتخاذ القرارات يأخذ وقتًا طويلاً جدًا، ويكون عملية عقلية مؤلمة إلى أبعد الحدود، فإن كمية العلائق والتفاصيل التي يقوم بأخذها بعين الاعتبار تفوق الحدود المعقولة بكثير. لذا فإن أبسط الأنشطةِ الروتينيةِ اليومية التي يقوم بها جميع الناس بتلقائية، هي بالنسبة للمصاب باضطراب الشخصية الوسواسية القهرية مهمات يجبُ أن يتم إنجازها بمثاليةٍ، سواء من ناحية الاتمام لها أو من ناحية ترتيب تنفيذها، هذا لأنه يبالغ دومًا في

وضع الأولويات للقيام بأي شيء، بل إنه يعاني معاناة حقيقية في وضع هذه الأولويات بالطريقة التي يراها مثالية.

العرض الثالث، أن يكرس نفسه بشكلٍ كاملٍ للعملِ والإنتاجيةِ لدرجةِ أنه يستثني من حياته جميع الأنشطة الترفيهية أو أوقات الفراغ. إنه شخصٌ لا يستطيع أن يعمل لساعاتٍ محددةٍ يوميًا ومن ثم يخرج من العمل كي يجتمع مع الأصدقاء أو أن يجلس في منزله يشاهد التلفاز في المساء.

إنه لا يرتاح حتى في العطلات ولا يأخذ أي أيام إجازة من العمل مالم تكن هناك فعلاً ضرورة قصوى يستحيل معها التزامه بالعمل في ذلك اليوم.

إنه، في الواقع، دائمًا ما يؤجل الأنشطة الترفيهية ويؤجل عطلاته وإجازاته إلى درجة أنها لا تحصل، وإن حصل وأخذ يوم عطلة أو إجازة – غالبًا ما يكون مجبرًا على هذا- فإنه لا يكون مرتاحًا مالم يأخذ معه شيئًا من العمل كي "لا يضيع وقته".

هذا شخصٌ قد يعملُ لسنواتٍ، حرفيًا، دون أي يوم عطلةٍ دون أن يكون مدفوعًا لهذا بسبب الحاجة المالية.

داني "باستغراب": ولماذا لا يأخذ عطلات؟ أليس لديه هوايات يحب ممارستها كحال الناس جميعا؟

رجل الكهف: في الحقيقة يندر أن يكون لديه أوقات فراغ كما أشرت يا داني، هو دائما لديه أشياء تنتظر منه القيام بها، لذا لن تجد عنده أي وقت فراغ. هذا شخصٌ يقولُ صادقًا: "أنا ليس لدي أوقات فراغ على الإطلاق" وهو صادق في قوله هذا.

أما بالنسبة للهوايات فالحق أنه يصعب على المصاب باضطراب الشخصية الوسواسية القهرية الاستمتاع بها، كما يفعل معظم الناس، وهذا مرده إلى اعتباره لأي نشاطٍ ترفيهي، أو ممارسةِ أي هوايةٍ، على أنها مَهمَّةٌ جديةٌ تتطلبُ الكثيرَ من الإعدادِ والتنظيم ويجب أن تتم بأعلى المعايير الممكنة.

إنه لهذا السبب، لا يستمتعُ بممارسةِ أي هوايةٍ على الاطلاق، لأن التشديدَ على معايير المثالية، والإغراق بالاهتمام بالتفاصيل، هي من الحِدة لدرجةٍ من شأنها تحويلُ أي نشاطٍ ترفيهي، مهما كان بسيطًا وممتعًا، إلى عملٍ مرهقٍ جدًا -بما في ذلك ممارسة الجنس.

بل إنه غير قادر على الاستمتاع بأبسطِ الأنشطةِ التي لا تتطلبُ أي تخطيطٍ مكثفٍ لإنجازها؛ كالقراءة، أو مشاهدة فلم، أو سماع أغنية، أو حضور مسرحية، أو أي شيءٍ من هذا القبيل؛ فهو من جهة غالبًا ما يكون مشغولاً بمنطقية الأمور وعقلانيتها، ومن جهة أخرى فإنه تستحوذ على انتباهه أبسط الانحرافات عن المثالية، كوجود أخطاء مطبعية في الرواية التي يقرأها، أو أخطاء إخراجية في المسرحية، أو عدم عقلانية في بعض مشاهد الفلم، ونحوها من الأمور.

فهو، في الواقع، بدل الاسترخاء والاستمتاع بهذا النشاط الترفيهي، يقوم بمهمةٍ، لم يطلب منه أحدٌ القيامَ بها، وهي العملُ كمراقب جودة. ولهذه الأسباب، فإن هذا المسكين لن يجدَ أي نشاطٍ ممتعًا على الاطلاق.

لوسيل: لا أستطيع أن أفهم كيف لشخصٍ أن يقوم بهذا!

رجل الكهف: إنه يقوم به لا إراديًا، إنه غيرُ قادرٍ على عدم القيام به، بل إنه لشدة اهتمامه بكيفية تنفيذ أي أمر، فإن *العرض الرابع*، هو أنه يمانع بشدةٍ في تفويض آخرين للقيام ببعض المهماتِ أو في أن يعملَ مع أشخاصٍ آخرين على تنفيذ أمرٍ ما، ما لم يمتثل هؤلاء الآخرون لطريقته هو في تنفيذ العمل.

إنه يصر بعنادٍ، وبشكل غير منطقي، على أن تتم هذه الأعمال بالضبط بالطريقة التي يرى هو أنه يجب أن تتم بها، ولهذا السبب، نجده يعطي أوامر وتعليمات مفصلة بأدق التفاصيل لكيفية إنجاز هذه المهمة أو تلك، فبالنسبة له، توجد طريقة واحدة لأداءِ الأعمال، أيًا كانت، من غسيل الصحون ونشر الثياب إلى أعقد المهمات والأعمال، وهذه الطريقة هي طريقته هو.

وهذا يحيلني إلى *العرض الخامس*، وهو أنه يبدي جمودًا وعنادًا، فهو مقيدٌ بالكامل بنظرته هو لكيفية تنفيذ الأمور، وبما أنه يخططُ لهذا التنفيذ ويقوم بحساب مختلف العلائق والتفاصيل قبل بدءِ التنفيذ، وإن كل ما يتبقى عليه هو التنفيذ بناءً على هذا المخطط، فإن من الصعب عليه أن يقبل أي تغيير في آلية التنفيذ هذه. تذكرا العَرض الأول الذي يشير إلى التزامه باللوائح والقوانين والترتيب وسواها.

ولهذه الأسباب، فإن المصاب باضطراب الشخصية الوسواسية القهرية غير جيدٍ في العمل ضمن فريق، كما نجده، لنفس الأسباب، يحاولُ أن يقوم بجميع الأعمال لوحده، ونادرًا ما يفوض مهمة القيام بأي شيءٍ يخصه إلى أي أحدٍ آخر.

إن المصاب باضطراب الشخصية الوسواسية القهرية، يا لوسيل، ينزعج بشدةٍ إذا لم يكن يملك السيطرة على البيئة التي هو فيها -المكان الذي هو فيه- مع أنه غالبًا لا يظهر هذا الانزعاج بل يكتمه لنفسه، على أنه بالمقابل قد يغضبُ أحيانًا بسبب أمور تافهة نسبيا.

أما *العرض السادس*، هو أن يكون شخصًا ذا ضميرٍ عالٍ جدًا لدرجةٍ فوق الطبيعية، كثير التدقيق وغير مرن أبدًا في الأمور الأخلاقية والقيم والمبادئ؛ فنجده يجبر نفسه وغيره -إن أمكن- على الالتزام بمعايير أخلاقيةٍ صارمةٍ جدًا، أو مبادئ قد يضعها هو لنفسه ويلتزم بها بكل صرامة دون دافعٍ ديني أو اجتماعي يحثه على هذا.

إضافة إلى أنه يا لوسيل، لا يرحم نفسه أبدًا في لومها على أخطائها، مهما كانت طفيفة، بل إنه يبالغ في هذا لدرجةٍ غير طبيعية.

العرض السابع، غيرُ قادرٍ على التخلي عن الأشياء البالية أو عديمة القيمة، حتى وإن لم تكن لها أي ذكرى أو قيمة معنوية أو عاطفية، لأنه ببساطةٍ لا يعرف متى من الممكن أن يحتاج هذا الشيء أو ذاك. وينزعجُ بشدةٍ إن قامَ أحدٌ ما برمي هذه الأشياء.

تذكرا أنه يحب أن تكون له سيطرة على البيئة التي هو فيها، وأحد جوانب هذه السيطرة هي أن يكون لديه ما يحتاجه عندما يحتاجه.

وإن نفس المبدئ الذي ينطبق على الأشياء ينسحب على المال أيضاً وهذا هو العرض الثامن. وعليه، فإنه يتبنى نمطًا شحيحاً في الإنفاق المالي، على نفسه وعلى الآخرين، ليس لأنه يحب تكديس المال، بل لأنه يرى أن عليه الاحتفاظ ببعض المال لأي كوارث مستقبلية.

فنجده، لهذا الغرض، يعيش بمستوى أدنى من المستوى الذي يمكنه في الواقع العيش به؛ لأنه يحاول ضبط مصروفاته المالية تحسبًا لأي حالات طارئة في المستقبل (أنظر Skodol 2005).

لوسيل: وما هي نسبة الإصابة بين الجنسين؟

رجل الكهف: إن نسبة إصابة الذكور باضطراب الشخصية الوسواسية القهرية هو ضعف الإناث.

لوسيل "ضاحكة": هذا يبعث على الطمأنينة.

داني: ما هي الكلمة المفتاح لهذا الاضطراب؟

رجل الكهف: اضطرابٌ معقد كهذا يحوز أكثر من مفتاح، ويحق له هذا. ومفاتيحه هذه هي "التحكم"، و "يجب"، و "المثالية.

داني: وهل لك أن توصف لنا سلوكه بكلمات موجزة؟

رجل الكهف: إنه يبرر الوسيلة للوصول إلى الغاية، بل إنه يجعل من هذا عملاً فاضلا. إلا أنه يبالغ في القيام بهذا العمل الفاضل إلى الدرجة التي تجعل من الوسيلةِ غايةً بحد ذاتها. بل يمكنني القول بثقة أنه بالنسبة للمصاب باضطراب الشخصية الوسواسية القهرية "المحافظة على النظام هي عين التقوى".

لوسيل: أخبرنا بالتفصيل كيف ينظر المصاب باضطراب الشخصية الوسواسية القهرية إلى نفسه.

رجل الكهف: إنه يرى نفسه مسؤولاً عن نفسه وعن الآخرين. مقتنع بأن عليه أن يعتمد على نفسه كي يعتبر أن العمل قد تم إنجازه. إنه شخص يقوم بمحاسبة نفسه على التزامه المثالية، ذو ضمير حي، يحاسب نفسه على

إي اخفاق في الالتزام بالمعايير التي يحددها هو لنفسه على أنها ما يجب تحقيقه على الدوام. كما أنه منقاد دومًا بواسطة "يجب".

هذا وإن الصورة المحورية بالنسبة لمعظم المصابين بهذا الاضطراب عن أنفسهم هي الحمق أو العجز. وبالنسبة لهذا الأخير، فإن القلق من أن يصبحوا عاجزين مرده إلى خوفهم من أن يتم تحميلهم ما يفوق طاقاتهم، وأن يكونوا غير قادرين على أداء مهامهم. وفي حالات كهذه، فإن تركيزهم المفرط على الأنظمة هو بمثابة تعويض لما خامرهم من عجز.

لوسيل: وكيف يرى الآخرين؟

رجل الكهف: إنه يرى الآخرين فوضويين لدرجة غير مقبولة، وأنهم غالبًا عديمو المسؤولية، متساهلون مع أنفسهم، أو غير كفؤين. إنه يطبق وبسخاء، ال "يجب" على الآخرين، وهو بهذا يحاول تدعيم نقاط ضعفه هو.

داني "بحماس": إني أتحرق شوقًا لمعرفة معتقدات المصاب باضطراب الشخصية الوسواسية القهرية.

رجل الكهف: لك ذلك، فهي بالفعل مثيرة للاهتمام. إن القناعات المحورية لدى الحالات الشديدة من المصابين بهذا الاضطراب هي: "من الممكن أن يتم تحميلي ما يثقل كاهلي ويفوق قدرتي على التحمل"، و "أنا شخص فوضوي"، و "إنني شخص قد تم توجيهه"، و "إنني بحاجة إلى الترتيب، ووضع الأنظمة والقوانين كي أتمكن من النجاة في هذه الحياة".

وإن معتقداته الشرطية هي: "إذا لم يكن لدي أنظمة، فإن كل شيء سيتحطم"، و "إن أي انحراف عن المثالية سيجعل كل شيء ينهار"، و "إذا لم نتصرف -أنا، أو أحد آخر- بناءً على أعلى المعايير، فإننا جميعًا سنسقط في الهاوية"، و "إذا فشلت في هذا، أكون إنسانًا فاشلًا"، و "إذا كان لدي نظام مثالي، سأكون إنسانًا سعيدًا وناجحًا".

أما معتقداته الأداتية تشتمل، كما قد تتوقع يا داني، على أوامر من مثل: "يجب أن أكون متحكمًا"، و "يجب عليّ نظريًا أن أقوم بكل شيء بصورة صحيحة"، و "أنا أعرف ما هو الأفضل"، و "يتوجب على الآخرين القيام

بالأعمال على طريقتي"، و "إن التفاصيل هي أمور جوهرية ودقيقة"، و "يجب على الناس أن يقوموا بعمل أفضل وأن يبذلوا جهدًا أكبر"، و "عليّ على الدوم دفع نفسي ودفع غيري"، و "يجب أن يتم انتقاد الناس كي لا يقوموا بأخطاء في المستقبل".

كما تأتي المصابَ باضطراب الشخصية الوسواسية القهرية أفكارٌ تلقائية مصحوبة بالنقد مثل: "لماذا لا يمكنهم القيام بالعمل بصورة صحيحة؟" أو "لماذا أنا أنزلق وأنهار دائمًا؟".

داني: بالفعل، لقد توقعت أشياءً من هذا القبيل. والآن، هل يمكن إيجاز أبرز مخاوفه؟

رجل الكهف: إنها الأخطاء، والنقائص، وعدم التنظيم، أو انحرافه عن المثالية. إنه يجنح إلى تهويل أن الأمور ستخرج عن السيطرة أو أنه سوف يصبح غير قادر على إنجاز الأعمال.

لوسيل: وما هي الاستراتيجية التي يتبعها؟

رجل الكهف: إنها تتمحور حول نظام من القوانين، والمعايير، والواجبات. وفيما يتعلق بتطبيق القوانين، فإنه يقوم بتقييم أداءه وأداء الآخرين وتحديد مدى التزامهم بها.

ولكي يحقق أهدافه، فإن المصاب باضطراب الشخصية الوسواسية القهرية يحاول بذل أقصى تحكم ممكن بسلوكه بواسطة ال "يجب"، وبواسطة التأنيب الذاتي، كما أنه يحاول بذل أقصى تحكم ممكن على سلوك جميع من له مساهمة في بلوغ هذا الهدف وذلك عن طريق المبالغة في توجيههم، وعدم موافقته على ما يقومون به، بل حتى بمعاقبتهم. هذا السلوك الأداتي يا داني، قد يرقى إلى استعبادٍ وإجبارٍ على الطاعة.

داني "مبتسما": فهمتك. من فضلك، أخبرنا عن مشاعره.

رجل الكهف: بسبب معاييره المثالية، فإن المصاب باضطراب الشخصية الوسواسية القهرية يختبر، بشكل أساسي، مشاعر الندم، وخيبات الأمل، والغضب تجاه نفسه وتجاه الآخرين وإذا توقع أداءً دون

المستوى المطلوب فإنه الغضب سيعتريه، أو أنه سيشعر بالقلق. بل إنه قد يصاب بالاكتئاب إذا فشل في أمر هام.

داني "بسرور": شكرًا على هذه المعلومات.

رجل الكهف: عليّ تذكيرك مرة أخرى أنه قد يظهر العديد من الأشخاص سمات شخصية تشابه تلك التي شرحناها في أعراض اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية. لكن فقط عندما تكون هذه السمات غير مرنة، وسيئة التأقلم مع المجتمع، ودائمة، وتسبب عجزًا وظيفيًا هامًا أو انزعاجًا من قبل الشخص نفسه فعندها يمكن أن تكون مؤهلة للنظر فيها على أنها قد تكون أعراضًا لاضطراب الشخصية الوسواسية القهرية.

داني "ضاحكا": أرجوك توقف عن تكرار هذه العبارة، لقد حفظناها ومللناها.

رجل الكهف: من الأفضل أن تمل منها حتى تحفظها من ألا تحفظها على الاطلاق. أنا أكررها لهذا السبب.

الباب الثاني عشر

تغيرٌ في الشخصية ناجمٌ عن حالةٍ طبيةٍ أخرى
Personality change due to another medical condition

(DSM-5 2013: 682-684)

(أنظر Oppenheimer 2015)

لوسيل: لقد أشرت لنا مسبقاً أن اضطرابات الشخصية كلها تبدأ كحد أقصى في بدايات سن الرشد، إن لم تكن منذ الطفولة أو المراهقة، لكن ألا يمكن أن يتسبب مؤثرٌ ما بتغيير شخصية الفرد، بغض النظر عن سنه، مما يعطيه تشخيصًا باضطرابٍ ما في الشخصية؟

رجل الكهف: بالتأكيد، إن من الممكن لبعض الحالات الطبية أن تتسبب في هذا، بحيث يصبح الشخص بسببها شخصًا مختلفًا عما كان عليه في السابق في سياقاتٍ ما يمكن أن يُعتبر اضطرابًا في الشخصية.

لوسيل "بارتباك": ماذا تعني؟

رجل الكهف: بعض الامراض المزمنة أو تلك التي تسبب تأثيرًا مباشرًا على الجهاز العصبي المركزي قد ينجم عنها تغيير في شخصية الفرد؛ أي إدراكه وشعوره وسلوكه وردود أفعاله، على أنني لا أعني هنا ذلك الأثر المباشر للمرض؛ فإن أي مرضٍ شديدٍ من شأنه إحداث تغييرٍ في حالةِ الفرد النفسية أو الادراكية أو السلوكية، بل إن ما أعنيه هنا هو أن الفرد ستتغير شخصيته بالكامل بحيث تصبح مختلفة عما كانت عليه قبل الإصابة بهذا المرض.

وهنا، فإن من مهمة الطبيب التأكد أن تغير الشخصية هذا ناجمٌ بالفعل عن ذلك المرض، وأنه لا يمكن تبريره بواسطة أي اضطراب نفسي آخر -بما في ذلك تشخيصُ اضطراب نفسي آخر ناجمٌ عن حالةٍ طبيةٍ أخرى.

على أن تكون هذه الأعراض الجديدة التي يعاني منها المريض تؤثر بشكلٍ حاد على حياته أو تسبب له ضعفاً في أداءه الاجتماعي أو الوظيفي أو أي مجال من مجالات الأنشطة الهامة الأخرى، وألا تحصل بشكلٍ حصري أثناء حالاتٍ من الهذيان، بل أن تكون مستمرة بشكلٍ شبه دائم كما يُشترطُ لأي اضطراب شخصيةٍ أن يكون.

داني: وهل يتم تشخيص الفرد عندها بأن لديه تغيرًا في الشخصية ناجم عن حالة طبية أخرى؟

رجل الكهف: نعم، لكن لا يكفي أن يتم تشخيصه بأن لديه تغيرًا في الشخصية ناجمٌ عن حالةٍ طبيةٍ أخرى فحسب، لأن عبارة "تغير في الشخصية" تنضوي تحتها أعراضٌ مختلفة كثيرة كما لاحظتما في حوارنا طيلة هذا اليوم.

وعليه، فإنه يجب أن يتم تحديد ما هو هذا التغير؛ فإن كان النمطُ الغالبُ على السلوكِ الجديدِ هو عدم الاستقرار الانفعالي فإنه يسمى نمطًا متقلقلا. أما إن أصبح منقادًا وراء أهواءه وغير قادر على ضبطِ نفسهِ والتحكم باندفاعاته -كأن نجد لديه طيشًا جنسيًا لم يكن لديه في السابق- عندها نسميه نمطًا منحلا. وربما يتسمُ سلوكه الجديد بالعدوانية المستمرة فيسمى نمطًا عدوانيا. أما إن اتصف سلوكه الجديد باللامبالاة الدائمة فيكون نمطًا لاكترائيا. وقد يصبح شخصًا مرتابًا مع أفكار شكوكية فيكون لديه نمطٌ مرتاب. وإن لم يكن نمطه الجديد يتسمُ بأي مما سبق فيكون لديه نمطٌ آخر، أما إن اتسم بأكثر من نمطٍ من الأنماط المذكورة، فيكون لديه نمط مختلط. وإلا، فإننا سنقول إن لديه نمطًا غير محدد.

داني: وماذا بشأن الأطفال؟ هل ينطبق هذا عليهم؟

رجل الكهف: من الممكن أن يصاب الأطفال بتغير في الشخصية ناجم عن حالة طبية أخرى، لكن المشكلة في حالة الأطفال هي أن مقارنة سلوك الطفل مع سلوكه السابق للمرض هي مقارنة غير عادلة. فشخصية الأطفال، بشكل طبيعي، تتغير مع تقدمهم في العمر، وعليه، كي نكون أكثر دقة فإنه يجب أن نقارن سلوكهم الجديد بما يفترض أن يكونوا عليه بناء على نموهم الطبيعي أو أن يكون تغيير الشخصية هذا هو من الحدة بمكان أنه يفترق بشكل كبير جدا عن شخصية الطفل السابقة للمرض وقد استمر هذا التغيير لمدة سنة على الأقل مما لا يدع مجالاً للشك بأن هناك تغيرًا في الشخصية ناجم عن تلك الحالة الطبية التي أصيب بها.

لوسيل: وماهي الأمراض التي من الممكن ان تتسبب بتغيير في الشخصية؟

رجل الكهف: إن العديد من الحالات العصبية والطبية الأخرى قد تسبب تغيرًا في الشخصية، بما فيها أورام الجهاز العصبي المركزي، وقوع أذية للرأس، الأمراض الدماغية الوعائية، داء هنتنغتون، الصرع، حالات العدوى التي تصيب الجهاز العصبي المركزي -كفيروس نقص المناعة البشري HIV- وأمراض الغدد الصماء -كقصور الغدة الدرقية، وقصور الغدة الكظرية أو فرط نشاطها- أو حالات المناعة الذاتية التي تؤثر على الجهاز العصبي المركزي.

وتجدر الإشارة هنا إلى أنه يجب ذكر سبب تغيير الشخصية في التشخيص، كما يتم ذكر اسم المرض سابقاً للتشخيص. فنقول مثلاً: "صرع الفص الصدغي؛ تغير في الشخصية ناجمٌ عن صرع الفص الصدغي".

لوسيل "بعيون لامعة": أشكرك على هذه الإجابة المفصلة.

الباب الثالث عشر

اضطراب شخصية محدد آخر

Other specified personality disorder

رجل الكهف: إن اضطرابات الشخصية السابقة الذكر يا لوسيل، هي اضطرابات الشخصية الرئيسية، بحيث إنه، كما لاحظتِ، يوجد لكلٍ منها محددات ومعايير تصبغ شخصية المصاب بها بطريقة خاصة.

لكن قد يحدث أن تتوافر في شخصٍ ما الأعراض المميزة لأحد اضطرابات الشخصية التي تحدثنا عنها بما يؤثر بشكلٍ حادٍ على حياة الفرد أو أداءه الاجتماعي أو الوظيفي أو غيرها من مجالات النشاط الهامة، بيد أنه، في الوقت عينه، لا تتوافر لديه المعايير اللازمة كي يعطى تشخيصاً بأحدها على وجه الخصوص.

في هذه الحالة، يا لوسيل، إنه يُعطى تشخيصاً باضطراب شخصيةٍ محددٍ آخر متبوعاً بالسبب المحدد الذي تسبب في إعطاءه هذا التشخيص؛ ملامح شخصية مختلطة على سبيل المثال (DSM-5 2013: 684).

الباب الرابع عشر

اضطراب شخصية غير محدد

Unspecified personality disorder

داني "مفكرا": وماذا لو لم تتوافر معلومات كافية لتحديد سبب التشخيص؟ أعني، أنه ينطبق عليه كل ما ذكرت لكن لا نستطيع تحديد السبب كي نرفقه للتشخيص.

رجل الكهف: في هذه الحالة لا نستطيع أن نقول إن لديه اضطراب شخصيةٍ محددٍ آخر، فنحن غير قادرون على تحديد سببه. وعليه، فإن تشخيصه سيكون اضطراب شخصية غير محدد (DSM-5 2013: 684).

لوسيل: لقد قلت لنا صباح اليوم أن هذين الاضطرابين الأخيرين في (DSM-5 2013) كانا مدرجين في سَلفِه (DSM-IV 1994) تحت مسمى واحد هو: اضطراب في الشخصية لا يمكن تحديده خلاف ذلك.

كما إنك أعطيتنا مثالين على اضطرابين قد يندرجان تحته -لأنهما غير مصنفين بشكل رسمي في كِلا إصداري الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية- وهما كما أذكر، اضطراب الشخصية السلبية العدوانية، واضطراب الشخصية الاكتئابية.

رجل الكهف: أنت متيقظة اليوم بشكل جيد يا لوسيل.

لوسيل "بابتسامة خجولة": إذن كافئني واشرح لي هذين الاضطرابين بالتفصيل.

رجل الكهف: لكِ ما طلبت.

لوسيل "بفرحٍ طفولي": شكرًا لك.

الباب الخامس عشر

اضطراب الشخصية السلبية العدوانية

Passive-aggressive personality disorder

(Negativistic personality disorder)

(733-735 :1994 DSM-IV)

(50-51 :2016 Beck)

(أنظر Millon 1993 و Wetzler 1999 و Kantor 2002)

رجل الكهف: لقد أخبرتكما في الصباح، يا لوسيل، أن السمة الأساسية لاضطراب الشخصية السلبية العدوانية هي وجود نمطٍ من السلوك السلبي والممانعة السلبية لما يتطلبه الأداء المناسب في المواقف الاجتماعية وأثناء العمل. على أن تبدأ في مراحل مبكرة من الشباب وتؤثر على عدد من السياقات الحياتية. شريطة ألا يحصل هذا النمط بشكل حصري أثناء نوباتٍ اكتئابية وألا يمكن تفسيره على أنه ناجم عن اكتئاب مستمر.

إن الشخص الذي يتم اعطاءه هذا التشخيص يا داني، يكره ويعارض ويمانع ضرورة أن يقوم بأموره في المستوى الذي يرى الآخرون أنه المستوى المطلوب لأداء الأعمال. إن معارضته هذه تتكرر باستمرار في مواقف العمل، كما أن هذه المعارضة قد تتكرر في مواقف الحياة الاجتماعية أيضا.

إنه يقوم بالمقاومة عن طريق المماطلة، والنسيان، والعناد، وتعمد إظهار عدم الكفاءة، لا سيما في استجاباته للمهام التي تسندها له شخصيات ذات سلطة.

إنه في الواقع، يعيق جهود الآخرين في إنجاز المهام لأنه لا يقوم هو بإنجاز نصيبه من العمل أو أنه يقوم به على نحو سيء.

هذا الشخص يشعر أنه تتم خيانته، يا عزيزيّ، وأنه لا يتم تقديره، وأنه يتم فهمه على نحو خاطئ. وعندما تظهر أخطاءه، فإنه يلوم الآخرين على فشله هو. إنه قد يكون متكبرًا، سريع الانفعال، نافذ الصبر، كثير الجدال، ساخرًا، متشككًا، أو أن يكون عكس هذه الصفات.

عادةً ما يكون رموز السلطة هم من يركز عليهم سخطه، كوالديه، أو أستاذه في المدرسة، أو مديره في العمل على سبيل المثال. هذا وإن أقل تحفيز أو استفزاز من قبل أحد رموز السلطة هؤلاء من شأنه أن يدفع بذي الشخصية السلبية العدوانية كي يعلن عداءه له.

كما أنه يشعر بالحسد والحنق من أقرانه الذين ينجحون أو أولئك الذين يُعجبُ رموز السلطة بأدائهم.

والحق أن المصاب باضطراب الشخصية هذا قد يقع في حيرة من أمره بين أن يقوم بالتعبير عن التحدي العدائي تجاه أولئك الذين يشعر أنهم هم من يسببون له مشاكله من جهة، ومن الجهة الأخرى محاولة تهدئة هؤلاء الأشخاص عن طريق طلب الصفح أو الوعد بأداء أفضل في المستقبل.

كما أنه يقع في حالة من الصراع الداخلي بين اعتماديته على الآخرين من جهة، ورغبته في توكيد ذاته من جهة أخرى. هذا بالإضافة إلى ذلك النزاع الذي يعتري نفسه في المواءمة بين رغبته في الاستفادة من المزايا التي تمنحها السلطات وبين رغبته في المحافظة على استقلاليته.

وكنتيجة لهذا يا داني، إنه يحاول الحفاظ على علاقته مع السلطة عبر كونه سلبيًا ومطيعًا، على أنه ما إن يشعر بأي خسارة في استقلاليته، فإنه يميل إلى أن يصبح مقاومًا، بالطريقة التي شرحتها لكما آنفًا، بل إنه قد يحاول تخريب وتدمير هذه السلطة التي اعتدت عليه.

إنه شديد السلبية وكثير النقد وميّال إلى لوم الآخرين على الدوام. وهو متواصل الشكوى من حظه العاثر. إن نظرته السلبية للمستقبل تدفعه إلى

قول عبارات من مثل: "أن تكون جيدًا هو حالٌ لا يستحق عناء الوصول اليه"، و "الأمور الجيدة لا تدوم طويلا".

داني "بانتباه": أشعر أن ثقته بنفسه معدومة.

رجل الكهف: في الحقيقة، إن التبجح الذي يحاول ذو الشخصية السلبية العدوانية إظهاره يخفي وراءه شخصية، لن أقول معدومة، لكن ضعيفة. كما إنه يتوقع أسوأ النتائج في معظم المواقف، حتى تلك التي تسير على نحو جيد.

هذه النظرة الانهزامية يمكن أن تثير ردود فعل معادية وسلبية من قبل الآخرين الذين يتعرضون لشكاواه. وبالمناسبة، غالبًا ما يحدث هذا النمط من السلوك لدى أولئك الأفراد الذين يعانون من اضطرابات الشخصية الحدية، والتمثيلية، والمرتابة، والاعتمادية، والتجنبية، كما واضطراب الشخصية المعادية للمجتمع.

وعليكما الانتباه إلى أن هذه السمات الشخصية السلبية العدوانية تشكل اضطرابًا فقط عندما تكون غير مرنة وغير قادرة على التكيف وتسبب ضعفًا وظيفيًا كبيرا.

لوسيل: بالتأكيد، أنا أعرف هذا، فقد أخبرتنا به صباحًا.

داني: ماهي الكلمة المفتاح لهذا الاضطراب؟

رجل الكهف: الكلمة المفتاح لهذا الاضطراب هي "العناد".

داني "باهتمام": أخبرني، فضلاً وليس أمرًا، كيف يرى المصاب باضطراب الشخصية السلبية العدوانية نفسه.

رجل الكهف: إنه يرى نفسه شخصًا مكتفيًا ذاتيًا، على أنه عرضة لأن يتم التطاول عليه من قبل الآخرين. ومع ذلك، فإنه على أي حال، يميل إلى الرموز والمنظمات القوية لأنه يتوق إلى أن يشعر أنه مقبولٌ ومدعومٌ اجتماعيا. وهذا هو ما يفسر الصراعات النفسية المتكررة، التي أشرت إليها قبل قليل، والتي تتمحور حول رغبته في أن يكون على صلة بغيره المترافقة مع خوفه من أن يتم التطاول عليه.

داني "بارتياح": بدأت الصورة تتضح شيئًا فشيئا.

لوسيل: هل لك أن توجز لنا نظرة المصاب باضطراب الشخصية السلبية العدوانية للآخرين باختصار؟

رجل الكهف: إن نظرته لهم هي نظرة مزدوجة كما يمكن لك أن تتوقعي مما سبق قوله حتى الآن. فهو يرى الآخرين، وعلى الخصوص رموز السلطة، على أنهم أشخاص كثيرو المطالب، فضوليون، ملحاحون، متحكمون، مسيطرون، مهيمنون، وأنهم يتدخلون في شونه. لكن بالمقابل، هو يراهم على أنهم قادرون على منحه القبول، والموافقة، والرعاية.

لوسيل: يالها من نظرة ذات تضاد تجعلني أتسائل عن الاعتقادات التي تكون لدى شخص يحمل هذه النظرات المتناقضة.

رجل الكهف: إن قناعاته المحورية تدور حول أفكار من نحو: "إن تحكم الآخرين هو أمر لا يمكن تحمله"، و "عليّ القيام بالأمور على طريقتي"، و "إني أستحق أن يتم قبولي بسبب كل ما أفعله". وإن صراعاته التي أشرت اليها تحمل معتقدات من مثل: "إني بحاجة إلى السلطة كي ترعاني وتدعمني" وهذه القناعة هي على تضاد مع قناعة أخرى من قبيل: "عليّ الحفاظ على هويتي المستقلة".

لوسيل "مقاطعة": ألا يعاني المصابون باضطراب الشخصية الحدية عادةً من مثل هذا النوع من التضاد بين قناعاتهم؟

رجل الكهف: لازلتِ تؤكدين لي أنه متيقظةٌ جدًا اليوم. كلامك صحيح.

لوسيل "بخجل": أشكرك.

رجل الكهف: وصلنا إلى قناعات المصاب باضطراب الشخصية السلبية العدوانية الشرطية والتي يمكن التعبير عنها بشكل مبسط وواضح بعبارات من مثل: "إذا قمت باتباع القواعد والقوانين، سأخسر حريتي".

وأخيرًا سأذكر لكما أن معتقداته الأداتية تدور حول تأخير الأعمال التي تطلبها أو تتوقعها منه السلطات، أو أنه يظهر لهم أنه يقوم بما يجب عليه القيام به، بينما هو في الحقيقة لا يفعل ذلك.

داني: إذا أردت أن تصف لنا بكلمةٍ واحدةٍ أبرز مخاوفه على الاطلاق، فماذا ستكون؟

رجل الكهف: إن أبرز مخاوفه تدور حول خسارته للموافقة من جهة، وخسارته لاستقلاله من الجهة الأخرى. ولا يمكنني اختصارها أكثر من هذا!

داني "بفضول": أخبرني إذن كيف يتعامل مع هذه المخاوف؟

رجل الكهف: عزيزي، كما هو واضح من هذا الشرح، إن أبرز استراتيجية لديه هي تحصين استقلاليته عن طريق إظهار قبوله وتبعيته لرموز السلطة بينما يقوم بمعارضتها بطرق ملتوية خفية. فهو يقوم، بروحٍ خفية من التحدي، بالتهرب من القواعد والقوانين والتحايل عليها.

داني! كما قلت لكما، إنه يقوم بتخريب المهمات عادةً وذلك بعدم قيامه بواجبه في الوقت المحدد، أو التغيب عن الاجتماعات أو الدروس ونحو هذا. وإنه قد يبدو ظاهره أنه مؤيد وداعم للسلطات وهذا بسبب حاجته لأن يتم قبوله كما تعلمان مسبقا.

كما أنه غالبًا ما يتجنب أن يكون تنافسيًا، بل على العكس، إنه يسعى وراء أن يكون أكثر انعزالاً، ناهيك عن أنه ذا نزعة سلبية قوية.

لوسيل "مقاطعة": بمناسبة الإشارة الى النزعة السلبية، ماذا عن مشاعره؟

رجل الكهف: إن مشاعره الرئيسية هي غضب، لا يقوم بالتعبير، عنه مترافق مع تمردٍ على قوانين السلطة. هذا الشعور بالغضب يتحول إلى شعور بالتوتر عندما يتوقع أنه سيتم الانتقام منه أو أنه سيتم قطع الدعم عنه.

داني: لم تخبرنا حتى الآن يا صاحبي، عن معايير تشخيص هذا الاضطراب.

رجل الكهف: إن كلا الاصدارين الأخيرين من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-IV 1994) و (DSM-5 2013) قد أحجما عن تحديد معايير لتشخيص اضطراب الشخصية السلبية العدوانية. كيف لهما أن يحددا معايير تشخيص اضطراب لا يعترفان بوجوده كاضطراب مستقل؟

وهذا بالمناسبة لم يعجب الكثير من المعالجين النفسيين الذين يرون أن هناك الكثير من الأشخاص الذين تنطبق عليهم أعراض هذا الاضطراب، وبالتالي يجب أن يتم تشخيصهم به.

على أي حال، فمع أن (DSM-5 2013) قد أشار بخجل إلى هذا الاضطراب، إلا أن الأخير كان يتمتع بحضور أكثر بروزًا بقليل في (DSM-IV 1994) الذي حدد ما أسماه "معايير بحث" لهذا الاضطراب، مشيرًا إلى أن من تنطبق عليه معايير البحث هذه، يجب أن يعطى تشخيصاً **باضطراب في الشخصية لا يمكن تحديده خلاف ذلك.**

لوسيل: وإن يكن، أخبرني عن هذه المعايير لو سمحت.

رجل الكهف: في الحقيقة هما معياران فحسب. أولهما هو وجود نمط مستمر من السلوك السلبي والمقاومة العدوانية للمهمات وللقيام بما يتطلبه إنجاز الأعمال، يبدأ في بدايات مراحل الشباب ويسيطر على نواح حياتية كثيرة، على أن يتضمن هذا النمط أربعة أو أكثر مما يلي:

أولاً، مقاومة سلبية لإنجاز الأعمال الاجتماعية الروتينية أو المهام في العمل.

ثانياً، الشكوى من أنه تتم إساءة فهمه وعدم تقديره من قبل الآخرين.

ثالثاً، متجهم الوجه وكثير الجدل.

رابعاً، ينتقد ويزدري السلطة بشكل غير منطقي.

خامساً، يعبر عن الحسد والاستياء تجاه أولئك الذين هم أكثر حظًا منه.

سادساً، يعبر بصورٍ مبالغ فيها، وكثير الشكوى من سوء حظه.

سابعاً، جالس على بندول يتأرجح بين التحدي العدائي والندم.

أما المعيار الثاني فهو ببساطة أن نتأكد من أن هذه الأعراض لا تحصل خلال نوبات اكتئاب حاد على وجه الخصوص، أو أنه من الممكن تفسيرها في سياق اضطراب الاكتئاب المستمر.

داني: أذكر أنك أخبرتنا بهذا مسبقا.

لوسيل "بسرور": شكرًا لك يا رجل الكهف. وبمناسبة الإشارة الى الاضطرابات الاكتئابية، دعنا ننتقل إلى اضطراب الشخصية الاكتئابية.

الباب السادس عشر

اضطراب الشخصية الاكتئابية

Depressive personality disorder

(DSM-IV 1994: 732-733)

(Beck 2016: 57-59)

(أنظر Ryder و Huprich)

رجل الكهف: إن السمة الأساسية لاضطراب الشخصية الاكتئابية هي نمطٌ واسع الانتشار من الإدراك والسلوك الاكتئابي يبدأ في مرحلة البلوغ المبكر ويحدث في مجموعة متنوعة من السياقات.

هذا ويشتمل كلٌّ من الإدراك الاكتئابي والسلوك الاكتئابي على حالة مستمرة من الشعور بالكآبة، والشعور السائد بالحزن، والغم، وعدم الاكتراث، والإحباط، والتعاسة.

إن الشخص الذي تنطبق عليه معايير تشخيص هذا الاضطراب، يا لوسيل هو شخص شديد الجدية، غير قادر على الاستمتاع أو حتى الاسترخاء، ويفتقر الى روح الدعابة. بل ربما يشعر أنه ليس من حقه الاستمتاع أو أن الشعور بالسعادة. إنه شخص ينظر بسلبية إلى الحاضر والى المستقبل. لا يمكنه أن يتصور أن الأمور ستتحسن، بل هو يتوقع الأسوأ دائما.

وبينما يرى هو نفسه شخصاً واقعياً، فإن الآخرين يرونه شخصاً متشائماً. إنه قد يحاسب نفسه وغيره بقسوة، كما أنه يشعر بأنه مذنب الى أبعد الحدود على العثرات والأخطاء التي يقوم بها. كما إن لديه ثقة ضعيفة بنفسه وهي تتركز على الأخص في فكرة "عدم الكفاءة".

إن الشخص الذي تنطبق عليه معايير تشخيص هذا الاضطراب غالبًا ما يركز على أخطاء وفشل الآخرين لا على مساهماتهم الإيجابية، كما أنه قد يكون كثير النقد، والمحاكمة، وشديد السلبية تجاه الآخرين.

إنه قد يكون شخصًا هادئًا جدًا، وغير متعاون، وسلبي، ومنطو على نفسه مفضلاً أن يتبع الآخرين بدل أن يأخذ زمام المبادرة بنفسه.

وقبل أن تسألي، يا لوسيل، فإني سأخبركِ بأن هذا النمط من السلوك الذي أتحدث عنه قد يحصل بتواتر متشابه بين الجنسين.

لوسيل "ضاحكة": لقد قرأت عقلي يا رجل الكهف.

داني: ماهي صلة اضطراب الشخصية هذا بالاضطرابات الاكتئابية؟

رجل الكهف: سؤال جيدٌ يا داني. ركز معي جيدا. إن من تتوافر فيه أعراض هذا الاضطراب، يا صديقي، قد يكون مرشحًا لتطوير اضطراب الاكتئاب المستمر، بل من الممكن أن يطوّر اضطراب الاكتئاب الحاد أيضا.

بكلمات أخرى، إن الحالة التي يكون عليها من يمكن تشخيصه بهذا الاضطراب قد تكون على شكل طيفٍ بدايته المبكرة هي اضطراب الشخصية الاكتئابية، والتي تستمر مع أعراضٍ من اضطراباتٍ اكتئابية مختلفة.

والحق أن هناك إشارات تدعو إلى الاعتقاد بأن اضطراب الشخصية الاكتئابية قد ينتشر بشكل أكبر لدى أفراد العائلات التي يكون فيها أشخاص مصابون باضطراب الاكتئاب الحاد.

باختصار، ودون الخوض في التفاصيل، إن الدلائل تدعو الى الاعتقاد أن اضطراب الشخصية الاكتئابية واضطراب الاكتئاب الحاد يكثر ترافقهما سويًا في نفس العائلات. وتجدر الإشارة إلى أن البعض يجادل بأنه لا يوجد فرق حقيقي بين اضطراب الشخصية الاكتئابية واضطراب الاكتئاب المستمر.

على أن معايير البحث التي تم تحديدها لاضطراب الشخصية الاكتئابية المُقترح، بحسب تعبير (DSM-IV 1994)، تختلف عن نظيرتها المحددة لاضطراب الاكتئاب المستمر من حيث أنها تركز أكثر على الصفات الشخصية التي تتعلق بالإدراك، والعلاقات (انظر Ryder 2006).

وبكل تأكيد، إذا كانت الأعراض يمكن تفسيرها بواسطة اضطراب الاكتئاب المستمر، فإن التشخيص سيكون اكتئابًا مستمرًا بدل أن يحدد على أنه اضطراب شخصية اكتئابية. كما أنه من المهم أيضًا التأكد من أن الأعراض لا تحصل فقط أثناء نوبات اكتئاب حاد.

تجدر الإشارة يا داني، إلى أن اضطراب الشخصية الاكتئابية يختلف عما يعرف بالسمات الاكتئابية -أعني انعدام السعادة، والتشاؤم، ونقد الذات، والشعور بالذنب، ونحوها- من حيث أن سمات اضطراب الشخصية الاكتئابية تكون مستمرة بشكل دائم مسببة عجزًا أو ضعفاً في أداء المهام الاجتماعية أو الوظيفية -أقصد في العمل.

والحق أن العلاقة بين اضطراب الشخصية الاكتئابية وغيره من اضطرابات الشخصية أو الاضطرابات المقترحة من مثل: اضطراب اكتئابي خفيف، واضطراب اكتئابي متكرر موجز، واضطراب القلق والاكتئاب المختلط، لاتزال غير معروفة، على أنه قد يوجد تداخل كبير فيما بينها.

داني! تذكر ما قلته لك عندما ميزت بين اضطراب الشخصية الحدية من جهة واضطرابات ثنائي القطب من جهة أخرى، من أن أحدهما هو اضطرابٌ في المزاج يكون على شكل نوبات، أما الآخر فهو اضطرابٌ في الشخصية يتسم بالاستمرارية والثبات النسبي، وليس على شكل نوبات. وبالمثل مع اضطراب الشخصية الاكتئابية من جهة والاضطرابات الاكتئابية من جهة أخرى.

فمع أن المصابين بالاضطرابات الاكتئابية لديهم نظرة سلبية عن أنفسهم وعن العالم، إلا أنهم لايزالون يرون أن الحياة بحد ذاتها ذات قيمة نوعًا ما، لكنها ذات قيمة فقط للأشخاص الآخرين. أما ذوو الشخصية

الاكتئابية، فإنهم ينظرون الى الحياة باستمرار بصورة سلبية ويرون أنها، أقصد الحياة بحد ذاتها -وليس حيواتهم الشخصية- هي شيء بلا قيمة (انظر Ryder 2010).

داني "بسرور": هذه إجابة وافية جدًا، لقد فهمتك تمام الفهم، لك جزيل الشكر.

لوسيل: إني أرى أن تخبرنا بمعايير تشخيص هذا الاضطراب قبل أن تستفيض في شرحه.

رجل الكهف: فكرة سديدة. إن حال هذا الاضطراب، يا لوسيل، هو كحال أخيه آنف الذكر. حيث، كما تعلمين، إن كلا الاصدارين الأخيرين من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-IV 1994) و (DSM-5 2013) قد أحجما عن تحديد معايير لتشخيص اضطراب الشخصية الاكتئابية. كيف لهما أن يحددا معايير تشخيص اضطراب لا يعترفان بوجوده كاضطراب مستقل؟

وهذا أيضًا لم يعجب الكثير من المعالجين النفسيين الذين يرون أن هناك الكثير من الأشخاص الذين تنطبق عليهم أعراض هذا الاضطراب، وبالتالي يجب أن يتم تشخيصهم به.

على أي حال، فإن (DSM-IV 1994) قد حدد ما أسماه "معايير بحث" لهذا الاضطراب، مشيرًا إلى أن من تنطبق عليه معايير البحث هذه، يجب أن يعطى تشخيصًا **باضطراب في الشخصية لا يمكن تحديده خلاف ذلك.**

لوسيل: نعم، إني أعي هذا بشكل جيد.

رجل الكهف: إن هناك معيارين فحسب لهذا الاضطراب، كحال زميله، أولهما هو وجود نمط مستمر من الإدراك الاكتئابي والسلوكيات الاكتئابية التي قد بدأت في فترة الشباب المبكر والتي تبرز في عددٍ من السياقات، بحيث يمكن تحديدها بخمسٍ على الأقل مما يلي:

أولاً، إن مزاجه المعتاد تسيطر عليه الكآبة، والحزن، والكرب، وفقدان المتعة، وفقدان الحيوية مع انعدام الشعور بالسعادة.

ثانياً، إن نظرته إلى ذاته تتمركز حول انخفاض الثقة بالنفس، انعدام القيمة، والشعور بعدم الكفاءة.

ثالثاً، إنه كثير الازدراء والنقد واللوم لذاته.

رابعاً، أن يكون كثير التفكير والقلق.

خامساً، أن يكون سلبياً، كثير النقد والمحاكمة للآخرين.

سادساً، متشائم.

سابعاً، ميالٌ للشعور بالذنب والندم.

وكما كان الأمر مع اضطراب الشخصية السلبية العدوانية، فإنه يجب ألا تحصل هذه الأعراض بشكل حصري خلال نوبات اكتئاب حاد، كما أنه لا يمكن تفسيرها بواسطة معايير تشخيص اضطراب الاكتئاب المستمر (انظر Ryder 1999).

لوسيل "بابتسامة رضا": بعد أن عرفنا الأعراض، أخبرنا بالكلمة المفتاح لهذا الاضطراب.

رجل الكهف: إن في جعبتي أكثر من مفتاح لهذا الاضطراب وهي "كئيب"، و"متشائم"، و"بائس"، و"حزين"، و"مرير".

داني: صف لي نظرته إلى نفسه بكلمات سهلة موجزة.

رجل الكهف: إن المصاب باضطراب الشخصية الاكتئابية يرى نفسه شخصًا عاجزًا وغير قابلٍ للتغيير، هذا بجانب كونه شديد النقد لذاته معظم أو طيلة الوقت.

داني: هل لك أن تصف لنا، بنفس الايجاز والتبسيط، نظرته لغيره.

رجل الكهف: في الحقيقة، إن المصاب باضطراب الشخصية الاكتئابية شديدٌ على الآخرين، بنفس قساوته على نفسه، مع أنه لا يظهر

لهم هذا. الآخرون، من وجهة نظره، هم أشخاص غير مهتمين، غير كفؤين، عاجزون، معاقبون، وأنهم لامحالة مخيبون للآمال.

لوسيل: وماهي قناعات المصاب باضطراب الشخصية الاكتئابية؟

رجل الكهف: إن قناعاته المركزية هي "أنا غير قادر على الشعور بالسعادة".

لوسيل "مقاطعة": ماذا تقصد ب "غير قادر"؟

رجل الكهف: أقصد أنه مقتنع بأنه شخص لا يملك المقومات اللازمة كي يشعر بالسعادة. إنه لا يمكنه أن يشعر بالسعادة، حتى ولو أراد هذا. هذا ما أعنيه بعبارة "أنا غير قادر على الشعور بالسعادة" والتي هي، بالمناسبة يا لوسيل، قناعة اكتئابية بامتياز -إن جاز لي استخدام هذا التعبير.

لوسيل "بابتسامة": فهمت ما تعنيه.

رجل الكهف: إذًا كانت تلك أول قناعة محورية لدى المصاب باضطراب الشخصية الاكتئابية الذي لديه قناعات مركزية أخرى من قبيل: "أنا شخص عديم القيمة"، و"أنا انسان مثير للشفقة"، و "إن الناس هم، بصورة أساسية، أنانيون وأغبياء".

أما قناعاته الشرطية فهي أفكار من مثل: "لو حاولت بلوغ أهدافي، فإن ما سأصل إليه هو خيبات أمل فقط لا غير"، و"إذا كان لشيء ما أن يسير بصورة خاطئة، فإنه سوف يفعل هذا على الأرجح، وإنها سوف تكون غلطتي أنا".

أما معتقداته الأداتية، أو تلك التي يأمر بها نفسه، فهي تعكس بشكل مستمر تشاؤمه. على سبيل المثال: "لا تتوقع الكثير من الآخرين"، "ليس هناك جدوى من القيام بأي محاولة"، و "يتوجب عليّ الاستسلام فحسب".

داني "بحيرة": الاستسلام من ماذا؟ ما الذي يهدده؟

رجل الكهف: إن أكبر تهديد له هو ذلك الخوف من العجز المترافق مع الفقدان والذي يحاول أن يتحكم به بواسطة البحث المستمر عن أي أخطاء، أو قصور، أو عن أي إشارات لخسارة وشيكة.

لوسيل: وما هي الاستراتيجيات التي يتبعها؟

رجل الكهف: يبدو أن استراتيجيته الرئيسية هي التزامه اليقظة المفرطة لأي أخطاء أو فشل محتمل سواء في نفسه أو غيره -بل في العالم ككل- كأن يكون مستمرًا في نقده، متوقعًا دائمًا الأشياء السلبية، فهو بهذا يقوم بتوليد شعور مستمر بالخذلان الشديد من جهة، كما أنه يقوم بتوليد ذلك الشعور بالفقد -الذي يخشاه- من جهة أخرى.

إنه يهدر أوقتًا طويلة يستعرض فيها أخطاءه، ومخاوفه، ويضع أهدافًا لتجنبها في محاولةٍ منه للتعامل مع شعوره العميق بانعدام قيمته.

إنه يتأرجح، يا لوسيل، بين الشكوى المزمنة، وتبادل التغذية العكسية السلبية من جهة، وبين الانسحاب الى عزلته الكئيبة واطالة التفكير فيها من الجهة الأخرى. بالإضافة إلى انسحابه الدائم بسلبية -حتى عندما تلوح له مشكلة قابلة للحل.

وعلى الرغم من أنه قد ينغمس في العمل كي يتجنب الانحدار أكثر في فشله، إلا أن استراتيجيته الرئيسية تبقى جنوحه الى المماطلةِ كآليةٍ لنزعته التجنبية.

داني: أوجز لنا مشاعره من فضلك.

رجل الكهف: إنه شخص كئيب، وبائس، ومتشائم، وحزين بصورة مستمرة. على أن ما يظهره عادةً هو الغضب المترافق في معظم الأحيان مع تهكم، وحالة من الهياج، ممزوجتين بشعور من القرف من الأخطاء التي يدركها. من الممكن أن تكون حالة الغضب هذه مزمنة لديه مع نزعة إلى الاتكال على الكثير من خيبات الأمل كمصدر للنقد الذي ما ينفك يقوم به.

على أنه من المهم أن تدركا أن الغاءه للمشاعر الإيجابية كما وشعوره بالكآبة هما أمران مستقلان عن النقد الذي يقوم به أو عن الأحداث التي يعايشها. كما أنه، بالطبع، يجنح إلى الشعور بانعدام الأمل.

بالنسبة له، وعلى الدوام، لا شيء جيد كفاية. وبسبب افتقاده الشديد للمشاعر الإيجابية، فإن علاقات المصاب باضطراب الشخصية الاكتئابية يا صاحبي، تمزقها ازدواجية جهوده عديمة الجدوى في محاولات التواصل مع الآخرين من جهة، وجهوده في تحميلهم مسؤولية الآثار السلبية من جهة أخرى.

داني "بسرور": هذا توصيف مُرض. أشكرك يا عزيزي. على أني كنت أفكر الآن وأنا أسمع كلامك في أنه إذا كان الشخص الذي يُقترح تشخيصه باضطراب الشخصية الاكتئابية يبدو على الدوام بروح معنوية منخفضة، حزينًا، متشائمًا، يرى الحياة تعيسة، غارق في قلق غير مبرر وفي ندب حظه التعس، غير راضٍ بحياته وبالكاد يستطيع الاستمتاع في أي شيء.

كما إن بعضهم، كما فهمت منك، سريعو الغضب حادو المزاج، فهل يوجد تشخيصات لأمزجة أخرى غير هذه الاكتئابية؟ على سبيل المثال هل يوجد اضطراب الشخصية الفرحة كمعاكس لاضطراب الشخصية الاكتئابية؟ (Harrison 2018: 403)

الباب السابع عشر

اضطراب الشخصية الجذلة

Hyperthymic personality disorder

رجل الكهف: اجلس هنا بجانبي، سأشرح لك الأمر. في الواقع نعم يوجد هذا الاضطراب الذي تكهنت أنت بوجوده لكن ليس اسمه اضطراب الشخصية الفرحة وإنما **اضطراب الشخصية الجذلة**، أي شديدة الفرح -تذكر أن الشخصية السابقة كانت اكتئابية وليست مجرد حزينة. بل ويوجد أيضًا **اضطراب الشخصية ذات المزاج الدوري**، وهي التي تتنقل بصاحبها بين هذين النقيضين.

على أن كلاً من التصنيف الدولي للأمراض (ICD-10 1992)، والدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات (DSM-5 2013) لم يعترفا بوجود هكذا "شخصيات"، مكتفيين بما أدرجا من اضطراباتٍ مزاجية. وبالتالي، فبدل إعطاء تشخيص باضطراب الشخصية الاكتئابية، أو اضطراب الشخصية الجذلة، أو اضطراب الشخصية ذات المزاج الدوري، فإن الشخص سيحصل على تشخيص بأحد الاضطرابات الاكتئابية أو أحد اضطرابات ثنائي القطب -ومن ضمنها اضطراب المزاج الدوري.

على أي حال، بما أنك سألتني، وبما أن هناك من يدعي أن هذه "الشخصيات" تتكرر معاينتها عياديًا، فإني سأوجز لك القول بأن من يُقترح تشخيصهم باضطراب الشخصية الجذلة، هم أشخاص دائمو البهجة والتفاؤل، مقبلون على الحياة بحيوية مفرطة (Harrison 2018: 403).

داني "مقاطعًا بتعجب واندفاعية": وهل هناك أجمل من هذا بحق السماء! لابد أن من ينعت شخصًا كهذا بأنه مصاب باضطراب شخصية

فإنه يفعل هذا لأنه يحسده فحسب. ربما لهذا السبب لم يقبل التصنيفان (ICD-10 1992) و (DSM-5 2013) الاعتراف بهذا الاضطراب.

رجل الكهف: حسبك يا داني. لا تخلط الأمور. هل نسيت أنهما لم يعترفا أيضًا بوجود اضطراب الشخصية الاكتئابية؟ إن مقابل الشخصية الجذلة، يا داني، هو ما يعرف بالهوس، وهو القطب المعاكس للاكتئاب في اضطراب ثنائي القطب. بيد أني لا أريد أن أخرج عن الموضوع فاستطرد كثيرا.

نعم، إن الحالات المعتدلة من هذه الأعراض، أو الخصال -إن شئت- تجعل من صاحبها شخصًا سعيدًا، ذا إنتاجية عالية، وناجحًا في حياته - أو يكفيني أن أقول إنه راض بها وعنها، فهذا هو ما يهم في واقع الأمر، من وجهة نظري، لا معيار معين للنجاح أو الإنتاجية.

من هنا، فإني أتفق معك يا عزيزي، بأن شخصًا كهذا يغبطه الآخرون. بل إني لأذهب إلى القول إنه إذا كانت كلمة محظوظ قد تعني أي شيء على الاطلاق، فإنها تصف هذا الشخص.

وبالمناسبة يا داني، إن لهذا سببًا جينيًا واضحًا في معظم الحالات، لهذا السبب أنا أقول إنه محظوظ، على عكس زميله الذي، ولأسباب جينية أيضًا في معظم الأحيان، يُبتلى بالاكتئاب. إلا أني مجددًا لا أريد أن أستفيض هنا.

على أن المشكلة، يا داني، تكمن عندما تكون هذه الخصال قوية ومسيطرة على صاحبها لدرجة تجعله لا يستطيع اتخاذ القرارات الملائمة، ولا تقدير الأمور بطريقة معقولة (تذكر تفاؤله المفرط)، بل قد يكون لشدة جذله، انسانًا غير مسؤول، بل قد يتسبب بالأذية لنفسه ولغيره.

داني! لقد قلت لك في الصباح أنه لا يوجد اضطراب نفسي جيد، ولقد ذكرت لك أيضًا حينها أنه في حالات الهوس الشديدة، التي تقابل هذه الشخصية، فإن خطر الانتحار أو تحقيق أذيات كبيرة يكون مرتفعًا، وأنه ليس من النادر أن يحتاج الشخص إلى التدخل الطبي أو البقاء في المشفى ريثما يتم السيطرة على الحالة كي لا يؤذي نفسه أو غيره.

داني "بابتسامة": نعم إني أذكر هذا، لقد كان في بدايات الحديث عن الاضطرابات النفسية.

الباب الثامن عشر

اضطراب الشخصية ذات المزاج الدوري
Cyclothymic personality disorder

رجل الكهف: أما اضطراب الشخصية ذات المزاج الدوري يا داني، فهو تشخيصٌ مُقترحٌ للأشخاص الذين يتقلب مزاجهم بين النقيضين السابقين، الاكتئاب والجذل، على أن يكون هذا التقلب بحد ذاته أكثر إضرارًا للشخص من بقاءه على أي منهما.

وكما يمكنك التوقع، فإن الشخص يكون في بعض الأحيان فرحًا، مرحًا، ذا إنتاجية عالية، ومقبلاً على العمل وعلى الحياة بشكل عام، بيد أنه ينقلب مزاجه كي يصبح كئيبًا، حزينًا، مقهورًا، ذا طاقة منخفضة يجد بسببها أن كل ما تورط به من أعمال، عندما كان في حاله الأول، قد أصبح عبئًا لا يطاق (Harrison 2018: 403).

وبما أن هذا التشخيص غير معتمد، فإن هذا -من حيث المبدأ- هو توصيف لأعراض ما يسمى اضطراب المزاج الدوري. على أني لن أستفيض في الحديث أكثر عن اضطرابات الشخصية هذه التي هي غير معتمدة حاليًا -لا من قبل التصنيف الدولي للأمراض الذي تصدره منظمة الصحة العالمية (ICD-10 1992)، ولا من قبل الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات النفسية الذي تصدره الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين (DSM-5 2013)- كما أني لن أتجه للاستطراد في الحديث عن اضطرابات المزاج، لأني لا أريد أن أفتح على نفسي بابًا جديدًا لا يزال مغلقا.

داني "ضاحكا": إني أتفهمك يا رجل الكهف، لقد أرهقناك اليوم بالفعل.

رجل الكهف: بالمناسبة، أين ذهبتِ يا لوسيل؟

الباب التاسع عشر

اضطراب الشخصية المندفعة

Impulsive personality disorder

لوسيل "وهي تقدم القهوة": لقد أخبرتنا، يا رجل الكهف، أن ما يسميه الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات النفسية باضطراب الشخصية الحدية، فإن التصنيف الدولي للأمراض يسميه اضطراب الشخصية الغير مستقرة عاطفيًا، والذي بدوره يقسمه إلى نمط حدي، ونمط مندفع. هلا شرحت لي ما هو هذا النمط المندفع؟

رجل الكهف: كما هو واضح من اسمه، إن الشخص المصاب باضطراب الشخصية المندفعة -أو الاندفاعية- لا يمكنه التحكم في انفعالاته وعواطفه بشكل ملائم. إنه عرضة للقيام بانفجارات غضب بصورة غير ملائمة يندم عليها لاحقا. بل قد يصل به الأمر أحيانًا إلى استخدام العنف الجسدي ملحقًا أضرارًا جسيمة.

على أي حال، إنه بشكل عام يا لوسيل، لا يواجه مشاكل أخرى غير هذه في علاقاته، وهو بهذا مخالف لصديقه المصاب باضطراب الشخصية المعادية المجتمع (Harrison 2018: 401).

لوسيل: صف لي الأعراض اللازمة لتشخيص هذا الاضطراب.

رجل الكهف: يحدد التصنيف الدولي للأمراض (ICD-10 1992) الأعراض اللازمة للتشخيص باضطراب الشخصية المندفعة بثلاثة أو أكثر مما يلي: الاندفاعية، مزاج متقلب، عرضة للغضب وممارسة العنف، العدوانية، الصعوبة في الالتزام بالقيام بأعمال تتطلب انتظامًا (وهذا بسبب اندفاعيته).

لوسيل "بتركيز": إن العرضين الأخيرين ليسا من أعراض اضطراب الشخصية الحدية على الاطلاق.

رجل الكهف: صدقت يا صغيرتي. علي أن أبدي إعجابي بهذا الانتباه الذي توليه لحوارنا رغم كثافة المعلومات التي فيه.

الباب العشرون
اضطراب الشخصية الغير مستقرة عاطفيًا، حدي النمط
Emotional unstable personality disorder, borderline type

لوسيل "بخجل شديد": أشكرك على لطفك. إني بالتأكيد أريد أن أتعلم قدر الإمكان. وبما أنني شغوفة بالتعلم منك، فهل لك أن تكافئني بإخباري عن الشق الثاني لاضطراب الشخصية الغير مستقرة عاطفيا؟ وإن كنت قد أحجمت خجلاً عن طلب هذا قبل قليل، فإن إطراءك قد شجعني الآن على السؤال.

وإني إذ فعلت، فأنا أعدك أني سأتوقف عن الإثقال عليك بطلباتي.

داني: إني في الواقع أحاول التفكير في الاختلاف بين اضطراب الشخصية الحدية واضطراب الشخصية الغير مستقرة عاطفيًا، حدي النمط.

رجل الكهف: سأقوم بالمقارنة بينهما باختصار فأصغيا السمع. إن الأعراض التي يصفها التصنيف الدولي للأمراض، في اصداره العاشر (ICD-10 1992)، *لاضطراب الشخصية الغير مستقرة عاطفيًا، حدي النمط* هي: صورة عن الذات مشوهة أو غير مستقرة، وعلاقات غير مستقرة، وجهود حثيثة لتجنب الهجران، وتهديدات متكررة بإيذاء النفس أو سلوكيات إيذاء نفس متكررة، وأخيرًا شعور مزمن بالفراغ.

الآن، انتبها جيدًا، إن هذه الأعراض يقابلها بالترتيب، بالنسبة لاضطراب الشخصية الحدية الذي يصفه الدليل التشخيصي والإحصائي

للاضطرابات النفسية في إصداره الخامس (DSM-5 2013) كما شرحت لكما بالتفصيل، ما يلي: اضطراب في الهوية، وعلاقات غير مستقرة، وجهود حثيثة لتجنب الهجران، وسلوك انتحاري متكرر، وشعور مزمن بالفراغ.

تلك كانت أوجه التشابه بين الاضطرابين قبل أن يتابع اضطراب الشخصية الحدية ليشمل تلك الأعراض التي يتشابه فيها مع اضطراب الشخصية المندفعة، والتي هي على التوالي أيضًا: الاندفاعية، وصعوبة التحكم بالغضب، وعدم استقرار عاطفي.

وهكذا تنتهي جميع أوجه التشابه بين اضطراب الشخصية الحدية واضطراب الشخصية الغير مستقرة عاطفيًا بشقيه الحدي والمندفع.

على أنه بينما تكون الأفكار الشكوكية العابرة الناجمة عن التوتر عرضًا إضافيا يمتاز به اضطراب الشخصية الحدية عن اضطراب الشخصية الغير مستقرة عاطفيًا، فإن الأخير يستخدم شقه المندفع كي يتفوق على الأول بعرضين -مقابل العرض الواحد- هما العدوانية، والصعوبة في الالتزام بالقيام بأعمال تتطلب انتظامًا، كما اكتشفت لوسيل قبل قليل.

لوسيل "بابتسامة رضا": شكرًا لك، لقد اتضحت الصورة.

داني: وقد اتضحت لي أيضا.

الباب الواحد والعشرون
تمييز سلوكيات اضطرابات الشخصية

داني "بارتباك": إني أفكر في الأعراض والسمات التي تتصف بها اضطرابات الشخصية، لأني أرى فيها نوعًا من التشابه الظاهري. أعني أن هناك سلوكيات تتشابه في أعراضها لكنها نابعة عن أسباب نفسية مختلفة تمامًا، أو أن عين السبب النفسي يتجلى في سلوكين مختلفين أو أكثر.

رجل الكهف: هذه ملاحظة عميقة يا داني! كلامك صحيح. شاركنا الذي تفكر فيه.

داني "مترددا": على سبيل المثال: يتشارك في الغضب تجاه أي محفز الأشخاص المصابون باضطراب الشخصية المرتابة والمصابون باضطراب الشخصية الحدية وأيضًا المصابون باضطراب الشخصية التمثيلية، على أن هذين الأخيرين لا يكون لديهما الحيطة والترقب اللتان نجدهما عند الأول (DSM-5 2013: 652).

رجل الكهف: توصيف دقيق. وسأزيدك أنه يتشارك اضطراب الشخصية المرتابة مع اضطراب الشخصية الفصامي النمط في الحذر، والعزلة الاجتماعية، والأفكار الشكوكية. بيد أن اضطراب الشخصية الفصامي النمط يضيف عليها أعراض من مثل الأفكار السحرية، وطريقة كلام غريبة، وطريقة تفكير غير طبيعية كما شرحت لكما (DSM-5 2013: 652).

داني: وعلى الرغم من أن المصاب باضطراب الشخصية التجنبية يمانع إقامة علاقات مقربة ولا يمنح ثقته للآخرين، إلا أنه يفعل هذا لأنه يشعر أنه غير كفء أو أنه سيكون محرجًا منهم، بينما المصاب باضطراب

الشخصية المرتابة لا يثق بالآخرين لأنه يشعر أن لديهم نوايا خبيثة تجاهه (DSM-5 2013: 675).

رجل الكهف: وبالمناسبة، إن الشكوك والانعزال والابتعاد عن المجتمع هي من الأعراض التي قد تترافق مع اضطراب الشخصية النرجسية، إلا أن سببها فيه لا يشبه مثيله في اضطراب الشخصية المرتابة، بل سببها الرئيسي هو الخوف من اكتشاف بعض نقائصه أو عدم مثاليته اللذان يحاول تأكيدهما (DSM-5 2013: 652).

لوسيل (مقاطعة): إني انتبهت الآن إلى أنه يتم عادة رؤية المصاب باضطراب الشخصية الفصامية كشخص بارد، انعزالي، غريب الاطوار، لكنه لا يكون لديه عادة أفكار شكوكية (DSM-5 2013: 652).

رجل الكهف: هذا صحيح. وعلى الرغم من أن السلوك المعادي للمجتمع قد يترافق مع اضطراب الشخصية المرتابة، إلا أن ترافقه هذا يكون عادةً بدافع من الرغبة في الانتقام وليس عادة بنفس الدافع الذي نجده في اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع والذي هو تحصيل مكاسب شخصية واستغلال الآخرين (DSM-5 2013: 652).

داني "بحماس: المصاب باضطراب الشخصية الفصامية يشترك مع المصاب باضطراب الشخصية الفصامي النمط بوجود عزلة اجتماعية وتعبير عاطفي محدود، إلا أن الأخير يشتمل على وجود تشوهات إدراكية وحسية إضافة الى غرابة في الأطوار واضحة (DSM-5 2013: 658).

لوسيل: المصاب باضطراب الشخصية الفصامية يشترك أيضاً مع المصاب باضطراب الشخصية المرتابة بوجود عزلة اجتماعية وتعبير عاطفي محدود، لكن الأول يمكن تمييزه عن الأخير بانخفاض وجود أفكار مرتابة أو ترقب وشكوك (DSM-5 2013: 655).

رجل الكهف: كلامكما صحيح، وإن المصاب باضطراب الشخصية الحدية يا لوسيل، قد يختبر العزلة الاجتماعية كحال المصابين باضطراب الشخصية الفصامي النمط، لكن الفرق يكمن في أن العزلة التي يختبرها المصاب باضطراب الشخصية الحدية هي ليست نتيجة مباشرة

للاضطراب بحد ذاته، بل هي نتيجة الفشل المتكرر في علاقاته مع الآخرين التي سببها، كما تعرفان، انفجارات الغضب والتقلبات المزاجية الحادة، والتهديديات بإيذاء النفس او الإيذاء الفعلي، إلى ما هنالك.

بينما من الجهة الاخرى، فإن عزلة المصاب باضطراب الشخصية الفصامي النمط فهي لسبب مختلف تمامًا، ألا وهو ببساطة عدم رغبته هو في إقامة أي علاقة مقربة أو أي علاقات اجتماعية.

المصاب باضطراب الشخصية الحدية يا داني، قد يختبر شبه-نوبات ذهانية عابرة كحال المصابين باضطراب الشخصية الفصامي النمط، لكنها تكون مترافقة باستمرار مع أعراض مزاجية قوية، وهذا لا يحصل لدى الأخير. كما أنهما يختلفان في أن الشبه-نوبات ذهانية هذه تكون لدى المصاب باضطراب الشخصية الحدية ذات طابع فصامي، كالانفصال عن الواقع مثلاً، أكثر من تلك التي يختبرها المصاب باضطراب الشخصية الفصامي النمط الذي لديه في المقابل حالة شبه مستمرة من شبه-أعراض ذهانية والتي تزداد حدة مع التوتر.

كما أن المصاب باضطراب الشخصية الفصامي النمط لا يظهر عادة نفس التصرفات الاندفاعية أو السلوكيات التي يهدف من خلالها الى التلاعب بالآخرين وحثهم على الانصياع لمطالبه كما يفعل زميله ذا الشخصية الحدية. (DSM-5 2013: 658-659).

داني "بحماس": هذا شرح جميل جدا.

رجل الكهف: اسمع أيضا. إن المصاب باضطراب الشخصية الفصامية يشترك مع المصاب باضطراب الشخصية التجنبية بوجود عزلة اجتماعية لكن الأخير يمكن تمييزه عن الأول بأن عزلة المصاب باضطراب الشخصية التجنبية تترافق مع الخوف من الإحراج، أو أن يتم اعتباره غير كفؤ، مع خوفه الشديد والدائم من أن يتعرض للرفض. بينما عزلة المصاب باضطراب الشخصية الفصامية فهي نتيجة حالة أكثر عمومية من الانفصال والانعزال المترافق مع رغبة قليلة كي يحتك مع المجتمع عن قرب (DSM-5 2013: 655).

لوسيل: المصاب باضطراب الشخصية الوسواسية القهرية قد يظهر انعزالاً عن المجتمع سببه يكون إغراقه الشديد في العمل، كما وعدم ارتياحه للتعبير عن العواطف، أو التعامل معها، وليس لأنه يفتقر إلى القدرة على الشعور كحال المصاب باضطراب الشخصية الفصامية (DSM-5 :2013 :681).

داني: المصاب باضطراب الشخصية الفصامي النمط يشترك مع المصاب باضطراب الشخصية المرتابة وأيضًا مع المصاب باضطراب الشخصية النرجسية بوجود عزلة اجتماعية وتعبير عاطفي محدود، وشكوك. لكن صاحب الشخصية النرجسية يختلف عن زميليه الأولين بكون مرد هذا الى خوفه من يتم اكتشاف نقائصه أو عدم مثاليته اللذين يحاول تأكيدهما (DSM-5 :2013 :658).

لوسيل: المصاب باضطراب الشخصية الفصامي النمط يشترك مع المصاب باضطراب الشخصية التجنبية في محدودية العلاقات المقربة. لكن سبب هذا لدى المصاب باضطراب الشخصية التجنبية هو خوفه من الرفض. بكلمات أخرى، على الرغم من وجود رغبة لديه في إقامة العلاقات، لكن خوفه يمنعه. أما زميله ذا الشخصية الفصامي النمط فليس لديه رغبة تدفعه الى إقامة العلاقات (DSM-5 :2013 :658).

داني: يتشارك المصاب باضطراب الشخصية المعادية للمجتمع مع المصاب باضطراب الشخصية النرجسية في السطحية، والعفوية، والاستغلال، وقساوة التفكير، وعدم التعاطف. على أن المصاب باضطراب الشخصية المعادية للمجتمع لا يتطلب أن يتم الإعجاب به كالمصاب باضطراب الشخصية النرجسية، كما أنه أيضًا، لا يحسد الناس مثل ذا الشخصية النرجسية.

لكن بالمقابل، فإن المصاب باضطراب الشخصية النرجسية ليس لديه اندفاعية وعدائية وخداع كالمصاب باضطراب الشخصية المعادية للمجتمع، كما أنه أيضًا لا يتشارك معه في وجود اضطراب السلوك في الطفولة ولا بوجود سجل اجرامي في فترة الشباب (DSM-5 :2013 :627).

لوسيل: يتشارك المصاب باضطراب الشخصية المعادية للمجتمع مع المصاب باضطراب الشخصية التمثيلية في سمات الاندفاعية، والسطحية، والبحث عن المتعة، والإغواء، والتهور، والتلاعب بالآخرين. لكن يمكن التمييز بينهما بسهولة لأن المصاب باضطراب الشخصية التمثيلية يعمد إلى المبالغة في التعبير عن عواطفه أكثر من المصاب باضطراب الشخصية المعادية للمجتمع. أضف إلى هذا، أن السلوك المعادي للمجتمع ليس من خصال الشخصية التمثيلية (DSM-5 2013: 669).

رجل الكهف: هذا صحيح، ويتشارك المصاب باضطراب الشخصية المعادية للمجتمع مع المصاب باضطراب الشخصية الحدية والمصاب باضطراب الشخصية التمثيلية بنزعة إلى التلاعب بالآخرين. إلا أن الدافع يختلف بينهم.

فبينما يكون الدافع الرئيسي لدى المصاب باضطراب الشخصية الحدية أو المصاب باضطراب الشخصية التمثيلية هو الحصول على اهتمام الآخر بغرض اشباع الحاجة إلى الحنان، فإننا نجد السبب الذي يدفع المصاب باضطراب الشخصية المعادية للمجتمع للتلاعب بالآخرين هو المنافع المادية، كالمال والسلطة ونحوها (DSM-5 2013: 662-663).

لوسيل (مقاطعة): لكن وعلى الرغم من أن المصاب باضطراب الشخصية الحدية والمصاب باضطراب الشخصية التمثيلية يتشاركان نزعة التلاعب بالآخرين وجذب الانتباه والتغيرات المزاجية الحادة لإشباع الحنان المفقود كما أشرت، إلا أن المصاب باضطراب الشخصية الحدية لديه سلوكيات أخرى يتميز بها عن المصاب باضطراب الشخصية التمثيلية وهي سلوكيات إيذاء النفس، الغضب، عدم الاستقرار في العلاقات، وشعور مزمن بالفراغ وبالوحدة (DSM-5 2013: 669).

رجل الكهف: صحيح تماماً، هذا وإن عدم الاستقرار العاطفي الذي يختبره المصاب باضطراب الشخصية المعادية للمجتمع هو أكثر ثباتاً، لكن أيضاً أكثر حدة، من عدم الاستقرار العاطفي الذي يختبره المصاب باضطراب الشخصية الحدية (DSM-5 2013: 663).

لوسيل: إن بعض المصابين باضطراب الشخصية المرتابة قد يظهرون سلوكًا معاديًا للمجتمع، لكنه لا يكون عادةً مدفوعًا من أجل منافع شخصية أو استغلال الآخرين. إن هذا الدافع يتفشى لدى المصابين باضطراب الشخصية المعادية للمجتمع، أما المصاب باضطراب الشخصية المرتابة فإن دافعه هو رغبة في الانتقام (DSM-5 2013: 663).

رجل الكهف: الأوهام والأفكار الشكوكية قد تتواجد لدى المصاب باضطراب الشخصية الفصامي النمط، كما وقد تتواجد لدى المصاب باضطراب الشخصية الحدية. بيد أنها تجنح لأن تكون لدى المصاب باضطراب الشخصية الحدية أفكارًا عابرة بتواتر أقل وأن تكون ردود أفعاله تجاه الأشخاص وتجاه المؤثرات الخارجية أكثر من تلك التي لدى المصاب باضطراب الشخصية الفصامي النمط (DSM-5 2013: 666).

داني: يتشارك المصاب باضطراب الشخصية الاعتمادية مع المصاب باضطراب الشخصية الحدية في الخوف من الهجران، بيد أن استراتيجيتهما مختلفة جذريا. ففي حين يعاني المصاب باضطراب الشخصية الحدية من مشاعر الفراغ والغضب وأن يكون متطلبًا، فإن زميله ذا الشخصية الاعتمادية يقوم بالمزيد من الإذعان وأن يكون مطيعًا، وبالتأكيد هو يبحث بشكل مستعجل عن مقدم رعاية جديد إن تم هجرانه.

كما أنه يمكن تمييز المصاب باضطراب الشخصية الحدية أيضًا بوجود عدم استقرار نسبي في علاقاته (DSM-5 2013: 678).

لوسيل: ويتشارك المصاب باضطراب الشخصية النرجسية مع المصاب باضطراب الشخصية التمثيلية الشعور بالحاجة الملحة كي يكونا محط الأنظار. على أن المصاب باضطراب الشخصية النرجسية يريد أن يكون محط الأنظار كاستحقاق على تفوقه، إنه أمر طبيعي بالنسبة له، إنه يستحقه ببساطة.

بينما بالنسبة للمصاب باضطراب الشخصية التمثيلية فهو لشدة حاجته لأن يكون محط الاهتمام، فإنه قد يمثل أنه شخص رقيق أو أنه بحاجة إلى أن تتم رعايته إن لزم الأمر. وهذا، بالطبع يستحيل على ذي الشخصية النرجسية فعله (DSM-5 2013: 669).

داني: يتشارك، أيضًا يا لوسيل، المصاب باضطراب الشخصية النرجسية مع المصاب باضطراب الشخصية التمثيلية في المبالغة في حميمية العلاقات مع أشخاصٍ آخرين. على أن ذا الشخصية النرجسية يمتاز بكونه يحاول مرارًا التأكيد على أهمية أصدقائه كشخصيات ذات سلطة، أو نفوذ، أو مال، أو شهرة. (DSM-5 2013: 669).

لوسيل: يتشارك المصاب باضطراب الشخصية الاعتمادية مع المصاب باضطراب الشخصية التمثيلية الاعتماد الشديد على آخرين كي يرشدوه ويساعدوه، لكن المصاب باضطراب الشخصية التمثيلية يضيف إلى هذا المفاخرة والمبالغة، واستخدام العاطفة بشكل مفرط (DSM-5 2013: 669).

داني "مقاطعا": إن المصابين باضطراب الشخصية الحدية والمصابين باضطراب الشخصية التمثيلية، والمصابين باضطراب الشخصية النرجسية يتطلبون الكثير من جذب الانظار، لكن من هو أكثرهم حاجة للفت الأنظار؟

رجل الكهف: هذا سؤال حذق يا داني، وجوابه: صاحب الشخصية النرجسية هو أكثرهم حاجة للفت الأنظار وإثارة الإعجاب (DSM-5 2013: 672).

لوسيل: هذا متوقع! وأيضًا إن أهم ميزة تميز المصاب باضطراب الشخصية النرجسية عن المصاب باضطراب الشخصية الحدية هو وجود الاندفاعية، والخوف من الهجران وسلوكيات إيذاء النفس لدى المصابين باضطراب الشخصية الحدية وليس لدى المصابين باضطراب الشخصية النرجسية (DSM-5 2013: 672).

داني "مفكرا": إذا قمنا بجمع بعض المصابين باضطراب الشخصية المعادية للمجتمع وبعض المصابين باضطراب الشخصية التمثيلية، وآخرين من المصابين باضطراب الشخصية النرجسية، ما هي أكثر خصلة ستبرز وتميز بوضوح أحد هذه المجموعات؟

رجل الكهف: ميزة العظمة الموجودة لدى المصاب باضطراب الشخصية النرجسية (DSM-5 2013: 672).

لوسيل "بزهوها الطفولي": لقد توقعت هذا أيضا. وإن أهم ما يساعد في التمييز بين سلوكيات المصاب باضطراب الشخصية النرجسية والمصاب باضطراب الشخصية التمثيلية هي افتقار الأخير إلى ميزة العظمة التي تمتاز بها الشخصية النرجسية، كما وسلوكيات التباهي المبالغ فيه في الإنجازات، وعدم الرأفة بالآخرين. فهذه من خصال المصاب باضطراب الشخصية النرجسية. إلا أنه في المقابل فإن المصاب باضطراب الشخصية النرجسية يفتقر إلى استعراض المشاعر الذي تمتاز به الشخصية التمثيلية (DSM-5 2013: 672).

رجل الكهف: يبدو أن الشخصية النرجسية قد استحوذت على اهتمامك يا لوسيل. لهذا سأزيدك في أنه قد ينزع المصابون باضطراب الشخصية النرجسية والمصابون باضطراب الشخصية الوسواسية القهرية إلى المبالغة في المثالية، وأن يعتقدوا ألا أحد غيرهم يستطيع إنجاز العمل كما يجب. بيد أنه يمكن التمييز بينهما من الناحية النفسية.

فالمصاب باضطراب الشخصية الوسواسية القهرية يكون شخصاً ذا ضمير حي بشكل مفرط، ومحاسبة شديدة للنفس، بينما المصاب باضطراب الشخصية النرجسية قد يكون لديه شعور أنه فعلاً قد بلغ مستوى الكمال -المثالية (DSM-5 2013: 681).

لوسيل "بخجل": أنا متيقظة على الدوام. كما إني قد انتبهت أيضاً إلى أن المصاب باضطراب الشخصية التجنبية والمصاب باضطراب الشخصية الاعتمادية يتميزان بالشعور بعدم الكفاءة والحساسية المفرطة للنقد، كما والحاجة الى الدعم المعنوي.

على أن محور اهتمام المصاب باضطراب الشخصية الاعتمادية هو أن تتم رعايته، بينما محور اهتمام المصاب باضطراب الشخصية التجنبية هو تجنب الرفض والذل (DSM-5 2013: 675).

داني: وفي حين أن المصاب باضطراب الشخصية الاعتمادية يبحث عن العلاقات ويحافظ دومًا على استمراريتها خاصة مع الأشخاص المهمين بالنسبة له، فإن المصاب باضطراب الشخصية التجنبية ينسحب بسبب خوفه من الرفض أو المذلة، لذا فإنه يبقى منسحبًا حتى يتأكد من أنه سيكون مقبولاً بين الآخرين (DSM-5 2013: 678).

رجل الكهف: أيها الشابان النبيهان، بمناسبة مقارنتكما الآن بين اضطراب الشخصية الاعتمادية واضطراب الشخصية التجنبية، فإني سأؤكد لكما أنه بحسب السجلات العيادية فإنه كثيرًا ما يشيع ترافقهما (DSM-5 2013: 675).

داني: لم أتوقع هذا!

رجل الكهف: أعرف، رغم المتضادات الموجودة الا أنه يشيع ترافقهما. لذا فلدينا احتمالات عديدة جدًا لمزيج الحالات الممكنة للسلوكيات. على أي حال دعنا نمضي، يشترك المصاب باضطراب الشخصية الفصامي النمط مع المصاب باضطراب الشخصية التجنبية وأيضًا مع المصاب باضطراب الشخصية الفصامية بوجود عزلة اجتماعية.

بيد أن المصاب باضطراب الشخصية التجنبية يكون راغبًا في إقامة العلاقات وهو يشعر بعمق بوحدته. بينما المصاب باضطراب الشخصية الفصامي النط والمصاب باضطراب الشخصية الفصامي فإنهما متأقلمان مع العزلة والوحدة بل ربما يفضلانهما (DSM-5 2013: 675).

لوسيل: العديد من اضطرابات الشخصية قد تظهر سمات اعتمادية. سؤالي هو: ما الذي يميز الشخصية الاعتمادية بشكل أساسي؟

رجل الكهف: الاستسلام والخضوع مع سلوك متشبث بالآخر (DSM-5 2013: 678).

داني "يثأربتهكم": ألم يكن هذا واضحًا يا لوسيل؟ إني أريد أن أضيف أن كلاً مِن المصاب باضطراب الشخصية الاعتمادية والمصاب باضطراب الشخصية التمثيلية يحتاج بشدة إلى ان يتم دعمه معنويًا بإظهار القبول له، بل ربما قد يبلغان من شدة الحاحهم والتصاقهم درجة يبدون فيها كالأطفال الصغار.

لكن بينما قد يصل الأمر بالمصاب باضطراب الشخصية الاعتمادية إلى أن يسلك سلوكًا مستكينًا منقادًا، فإن المصاب باضطراب الشخصية التمثيلية يكون مشغولاً في استماتته للفت الأنظار كي يكون محط أنظار الجميع باستمرار (DSM-5 2013: 678).

رجل الكهف: ويتميز عادة يا داني، اضطراب الشخصية الفصامي النمط واضطراب الشخصية المرتابة عن اضطراب الشخصية النرجسية بوجود الشكوك واعتزال المجتمع.

على أنه إذا ظهرت أعراض الشك واعتزال المجتمع على شخص مصاب باضطراب الشخصية النرجسية فإنه يكون مصدرهما الرئيسي هو الخوف من أن تفتضح زلاته أو عدم مثاليته (DSM-5 2013: 672).

داني: كيف أميز بين الشح، أو البخل، الذي قد يتشارك به المصابون باضطراب الشخصية النرجسية وأولئك المصابون باضطراب الشخصية المعادية للمجتمع وأيضًا أولئك المصابون باضطراب الشخصية الوسواسية القهرية؟

رجل الكهف: إن المصاب باضطراب الشخصية المعادية للمجتمع حاله كصديقه المصاب باضطراب الشخصية النرجسية يفتقر إلى الكرم، أقصد تجاه الآخرين، بينما هو سخي على نفسه. أما المصاب باضطراب الشخصية الوسواسية القهرية فهو يتبنى نمطًا ماليًا شحيحًا، أقصد على نفسه وعلى غيره (DSM-5 2013: 681).

داني "بابتسامة رضا": اشكرك.

لوسيل: إني أفكر ونحن نقوم بهذا السرد، كيف للشخص الغير مطلع والذي لم يدرس هذه التفاصيل أن يستطيع حتى مجرد تخيل أن بعض

هذه السلوكيات المتناقضة في ظاهرها هي نتيجة حاجات متماثلة في جوهرها، أو العكس تمامًا، لسلوكياتٍ متشابه جدًا لكنها نتيجة لدوافع مختلفة جدا؟!

رجل الكهف: لهذا السبب، علينا الاستثمار في التعليم!

في المساء

الباب الثاني والعشرون
أساليب علاج اضطراب الشخصية الحدية

(Barlow 2014: 394-411)

(أنظر Lieb و Aviram 2006 و Kellogg و Skodol 2006 و Germer 2002 و 2013)

لوسيل "بخجل": أعرف أننا قد أرهقناك اليوم بالكلام المتواصل يا رجل الكهف، لكنك بموافقتك على زيارتنا فإنك تتوقع مسبقًا أننا لن ندعك تتوقف عن الكلام. ولذا فإنني أرغب بمشاركتك ما جال في خاطري، وإن كنت في هذا سأنكث عهدي.

رجل الكهف "بوجهه الخالي من التعابير": إنني أسمع.

لوسيل "بتردد": لقد حدثتنا مسبقًا عن أساليب علاج اضطرابات الشخصية المختلفة، إلا أنه بما أنك قد أشرت آنفًا، عند حديثك عن اضطراب الشخصية الاكتئابية، إلى اضطراب الشخصية الحدية، فإني قد فكرت في أنه نظرًا لخطورة الانتحار المرتفعة لدى المصابين باضطراب الشخصية الحدية، هل لي أن أطلب منك أن تشرح لنا قليلاً عن أساليب علاجه؟ (أنظر Skodol 2005 و Soloff 2012).

رجل الكهف: طلبكِ منطقي جدًا، سأحدثكما باختصار عن بعض الأساليب البارزة لعلاج اضطراب الشخصية الحدية.

أول هذه الأساليب هو العلاج النفسي الذي يرتكز على التحويل *transference-focused psychotherapy*، والذي يعرف اختصارًا ب TFP، وهو أسلوب علاج ابتدعه أوتو فريدمان كيرنبرغ Otto Friedmann Kernberg يرتكز على فكرة أن التصورات

المشوهة عن الذات وعن الآخرين لدى المصاب باضطراب الشخصية الحدية تنتج عنها تناقضاتٌ داخليةٌ، مؤديةً إلى ظهورِ الأعراض التي سبق وشرحتها لكما.

ولذا، فإن تركيز هذا العلاج يكون منصبًا على كشفِ هذه الصراعاتِ التي تعتري نفس المريض ومن ثم تصويبها. وبالتالي، فإن أهداف العلاج تتضمن رفع قدرة الشخصِ على التحكم باندفاعاته، وكيفية تعامله مع قلقه، وتعديل ردود أفعاله، والعمل على تطوير علاقاتٍ شخصية مستقرة.

ويتم بلوغ هذه الأهدافِ عبر وضعها ضِمن تسلسلٍ هرمي بغية الوصول إليها خلال السنةِ الأولى من بدء العلاج. وأولُ هذه الأهداف يكون، بالتأكيد، احتواءَ جميع السلوكيات الانتحارية وتلك التي تتضمن ايذاءً أو تدميرًا للنفس، ومن ثم أي سلوكياتٍ معيقةٍ للعلاج، وبعدها ينصبُ تركيزُ المعالج على تحديدِ وتلخيصِ السلوكياتِ المهيمنةِ على أنماطِ علاقاتِ الشخص.

في الحقيقة، إن هذا العلاج يمتدُ لسنواتٍ عادةً مع تركيزٍ في بدايته على السلوكياتِ الانتحارية وتلك التي تعيق العلاج (Clarkin 1999).

داني "باهتمام": هذا مثير!

رجل الكهف: من جهةٍ أخرى، يرى كلٌ من بيتر فوناغي وآنتوني بيتمان Peter Fonagy and Anthony Bateman أن المصابَ باضطراب الشخصية الحدية ليس لديه القدرةُ على إدراكِ الأمور بعقلانية؛ وبالتالي، فقد ابتدعا العلاج الذي يعتمد على *التعقيل* *metallization-based treatment*، أو ما يعرف اختصارًا ب MBT، والذي يرتكز على جعل المصاب باضطراب الشخصية الحدية يدركُ سلوكيات وتصرفات الآخرين ويدركُ نفسه "بعقلانية"، وهذا يتمُ عبرَ نقلِ خبراته الذهنية إلى وعيه كي يقوم بمعالجتها ب "عقلانية".

وعليه، يمكنني القول باختصارٍ أن الهدفَ من هذا العلاج هو زيادةُ قدرة الشخص الاستيعابية على إدراكِ الأفكارِ والمشاعرِ التي يختبرها

بوعي؛ أقصد، بواسطةِ القسم الواعي من دماغه (أنظر Germer 2013 و Herbert 2011 و Segal 2002).

داني! هل أنت مركز معي؟ بينما يذهبُ العلاج الإدراكي ***cognitive therapy***، الذي ابتدعه آرون ت. بيك Aaron T. Beck في منتصفِ ستيناتِ القرن العشرين والذي يعرف اختصارًا ب CT، إلى أن مشكلة المصاب باضطراب الشخصية الحدية هي بكونه عالقًا في محتوى أفكاره وآلية معالجتها (Beck 1976).

وعليه، فإن العلاج يتركز حول إعادة صياغة أفكار المصاب باضطراب الشخصية الحدية كي يستطيع إدراكَ الواقع بطريقةٍ أفضل؛ أي إنها تركز على خفضِ الاعتقاداتِ السلبيةِ والتناقضاتِ لدى الشخصِ التي هي السببُ في ردودِ أفعالِهِ غير المستقرة وسلوكياتهِ المدمرة (أنظر Beck و Bennett-Levy 2015 و Layden 1993 و Leahy).

في حين أن جيفري ي. يونغ Jeffrey E. Young يرى أن هناكَ أنماطًا ثابتة من التفكير -يسميها مخططات سوء التأقلم المبكرة- يمكن أن تتطورَ في فترة الطفولةِ وتتسبب لاحقًا بسلوكٍ غير سوي يعزز هذه المخططات.

وبالتالي، فإن العلاج التخطيطي، أو العلاج *الذي يرتكز على المخططات* ***schema-focused therapy***، الذي يعرف اختصارًا ب SFT، يقوم على محاولاتِ تغيير مخططات التفكير هذه بواسطة تحديد مجموعةٍ من أنماطِ المخططاتِ التي تتحكمُ بسلوكِ الشخصِ ومشاعره وأفكاره (أنظر Young و Arntz 2009 و Jacobs 2013).

وفي دراساتٍ قارنت بين العلاج النفسي الذي يرتكز على التحويل والعلاج التخطيطي وجدت يا لوسيل، أنه بعد ثلاث سنوات من علاج أشخاصٍ مصابين باضطراب الشخصية الحدية المزمن فإن خمسة وأربعين بالمئة من الذين تم إخضاعهم لجلستين أسبوعيًا من العلاج التخطيطي قد شفوا بالكامل في مقابل أربعة وعشرين بالمئة لأولئك الذين تم علاجهم بواسطة العلاج الذي يرتكز على التحويل.

وبعد ذلك بسنة، فإن سبعين بالمئة من الذين تم علاجهم بواسطة العلاج التخطيطي قد أظهروا تقدماً ملحوظًا وأكثر من نصف الذين عولجوا، تحديدًا اثنين وخمسين بالمئة منهم، قد شفوا تمامًا، وهذا في مقابل تسعة وعشرين بالمئة فحسب لأولئك الذين عولجوا بواسطة العلاج النفسي المركز على التحويل (أنظر Hackman 2011).

وبينما انسحب نصف الخاضعين لهذا العلاج الأخير منه قبل إتمام العلاج كاملاً، فإن نسبة المنسحبين من العلاج التخطيطي كانت سبعة وعشرين بالمئة فقط.

هذا يعني يا داني، أن العلاج التخطيطي لديه تقريبًا ضعف مستوى النجاح ونصف مستوى الإنسحاب من نظيره الذي يعتمد على التحويل.

وإن الذين خضعوا لعلاج المجموعات المركز على المخططات group schema-focused therapy إضافة لخضوعهم للعلاج التقليدي كالعلاج الإدراكي السلوكي behavioral cognitive therapy، الذي يعرف اختصارًا ب CBT، المُتبع في علاج المصابين باضطراب الشخصية الحدية، أو العلاج النفسي الديناميكي psychodynamic، فإن أربعة وتسعين بالمئة منهم لم يعودوا يطابقون معايير تشخيص اضطراب الشخصية الحدية بعد عشرين شهر من العلاج في مقابل ستة عشر بالمئة فقط لمن لم يخضع لهذا العلاج الإضافي.

ليس هذا فحسب، بل إن جميع الذين تم إخضاعهم لهذا العلاج الإضافي قد أكملوا العلاج حتى النهاية بينما انسحب ربع الأشخاص الذين لم يخضعوا له قبل أن يتموا علاجهم (Barlow 2014: 284).

إلا أنه على الرغم من تلك النتائج المبهرة للعلاج الذي يرتكز على المخططات، فإن العلاج السلوكي الجدلي قد أثبت نفسه حتى اليوم كأفضلِ علاجٍ ممكنٍ لاضطراب الشخصية الحدية، وباتَ يُعتمد كأسلوب العلاج الأولي لهذا الاضطراب.

هذا العلاج يا صديقيّ، ابتدعته مارشا م. لينهين Marsha M. Linehan، التي تم تشخيصها بالفصام قبل أن تقتنع لاحقًا أن لديها اضطراب الشخصية الحدية؛ ولذا فقد طورت أسلوبَ العلاج الإدراكي السلوكي التقليدي cognitive-behavioral therapy، الذي يعرف اختصارًا ب CBT المذكور قبل قليل، دامجةً أساليبَ تنظيم الانفعالِ الذاتي مع الفلسفةِ الجدليةِ من جهة، ومع ممارساتِ التأملِ البوذية -الزن على وجهِ الخصوص- من جهةٍ أخرى، بشكلٍ أساسي كأسلوب لعلاج الحالات التي لديها نزعة انتحارية قوية أو تلك الحالات التي يؤثر اضطراب الشخصية الحدية على أدائها بشكلٍ فادح.

وهكذا برز إلى الوجود في أواخر ثمانينات القرن العشرين العلاج السلوكي الجدلي *dialectical behavior therapy*، الذي يعرف اختصارًا ب DBT (أنظر Kliem 2010).

داني "مقاطعًا باهتمام": مهلاً يا رجل الكهف، قبل أن تستفيض في حديثك، إني لم أفهم مخططات سوء التأقلم المبكرة التي أشرت إليها.

الباب الثالث والعشرون

نظرية المخطط

Schema theory

(Barlow 2014: 411-285)

(أنظر Young وKellogg 2006)

رجل الكهف: لقد حدد جيفري ي. يونغ Jeffrey E. Young، يا داني، مجموعة من المخططات التي يتم تبنيها في الطفولة وأسماها مخططات سوء التأقلم المبكرة early maladaptive schemas، ويُرمز لها اختصارًا ب EMSs، وهي تشير إلى أنماطٍ ثابتةٍ ومستقرةٍ يتم تطويرها في فترة الطفولة لتهيمن لاحقاً على سلوكِ الفرد مدى حياته إلى درجةٍ تعيقه بشكلٍ فادحٍ عن أداءِ وظائفه.

هذه المخططات، التي يبلغ عددها ثمانية عشر مخططًا، تنتجُ عن التفاعلِ بين المزاج الفطري للطفل مع التجاربِ الحياتيةِ التي يمر بها وبخاصةٍ مع أولئك الأشخاصِ المهمين في حياة الطفل، وعلى الخصوصِ تلك التجارب المؤلمة مع أفراد العائلة، أو من يقوم برعاية الطفل، أو مع أقرانه؛ مما ينتج عنه أن يقوم الطفلُ تدريجيًا ببناءِ نظراتٍ شاملةٍ غير سويةٍ عن نفسه وعن غيره.

داني "بحيرة": لازلت لا أفهم أي شيء.

رجل الكهف: إن مخططات سوء التأقلم المبكرة ياداني، هي عبارةٌ عن حقائق بديهية لدى الشخص عن نفسه وعن البيئة التي يعيش فيها، دائمةٌ وعصيةٌ على التغيير، تعيق الفرد عن أداء وظائفه، وغالبًا ما يتم تفعيلها

بواسطة مسبب بيئي ما - كخسارة العمل أو الشريك- وعندما يتم تفعيلها، فإن أثرها يكون قويًا جدًا على الفرد.

ومن المرجح أن يتم بناءُ هذه المخططات عندما يفتقد الطفل إلى الأمان، أو الاستقرار، أو الحب، أو الرعاية، أو المديح، أو التعاطف، أو التقبل من قِبلِ الآخرين، أو عندما تكون لديه حاجات غير مشبعة بشكل عام؛ فعندما لا يتم اشباع حاجات أساسية لدى الطفل، فإنه غالبًا سيُبطِّن اعتقادات وقناعات تتجلى لاحقًا كعدم تأقلم.

فمثلاً، الطفل الذي يتم انتقاده بشكلٍ متكرر قد يُطوّر ما يُسمى بمخططِ الفشل؛ وهو اعتقاده أنه مهما فعل، فإن ما يفعله لن يكون جيدًا على الاطلاق. إنه يطور هذا المخطط في لاوعيه، وربما لن يشعر بوجوده إلا عندما يحصلُ له محفزٌ بيئي من شأنه أن يقوم بتفعيل هذا المخطط.

داني: وما هي هذه المخططات الثمانية عشر؟

رجل الكهف: إن مخططات سوء التأقلم المبكرة early maladaptive schemas هي:

1-*الهجران/عدم الاستقرار* ***instability/abandonment:*** الشعور بعدم الاستقرار أو عدم القدرة على الاعتماد على أولئك الموجودين لدعم الشخص والتواصل معه، بما يتضمنه هذا الشعور من أن أشخاصًا مهمين في حياة الفرد لن يواصلوا دعمهم له، أو التواصل معه، أو إمداده بالقوة أو الحماية لأنهم غير مستقرين عاطفيًا ولا يمكن التنبؤ بتصرفاتهم – كأن يكون لديهم فورات من الغضب لا يمكن التنبؤ بها- أو أنه لا يمكنه الاعتماد عليهم، أو أن وجودهم في حياته غير مسقر لأنهم سيموتون قريبًا أو ربما سيهجرونه من أجل شخص آخر أفضل.

2- *عدم الثقة/سوء المعاملة* ***abuse/mistrust:*** التوقع بأن الآخرين سيؤذون الشخص، أو يسيئون معاملته، أو يذلوه، أو يخونوه، أو يكذبوا عليه، أو يتلاعبوا به، أو يستغلوه. عادةً يدرك الشخص أن الأذية مقصودة أو أنها نتيجةٌ لإهمالٍ شديدٍ غير مبرر. وقد تتضمن أن يشعر الفرد أنه دائمًا ما تتم خيانته أو استغلاله مقارنة بالآخرين.

3- الحرمان العاطفي *emotional deprivation*: أن يتوقع الشخص أنه لن يحصل من الآخرين حتى على مقدار الدعم العاطفي الطبيعي. وهناك ثلاث أنماط رئيسية للحرمان هي: أولاً، الحرمان من الرعاية؛ أي غياب الاهتمام، أو الحنان، أو الدفء، أو الرفقة. ثانياً، الحرمان من التعاطف؛ أي غياب التفهم، أو الاستماع، أو إمكانية أن يبوح الشخص بما يعتري نفسه، أو إمكانية مشاركة مشاعره مع الآخرين. ثالثاً، الحرمان من الحماية؛ أي غياب التوجيه، أو الارشاد، أو عدم وجود من يتقوى الشخص بهم.

4- العيب/الخزي*shame/defectiveness*: شعور الشخص بأنه مَعيبٌ، أو سيءٌ، أو غير مرغوب به، أو أنه دون قيمة، أو أنه لا يصلح للنواحي الهامة في الحياة، أو أن يشعر بوضوح أنه لا يمكن له أن يكون محبوبًا من قِبلِ أشخاص آخرين مهمين في حياته. وقد يتضمن هذا المخطط حساسية مفرطة للنقد والرفض واللوم، أو النظرة إلى الذات، أو المقارنة مع غيره، أو أن يشعر بعدم الأمان عندما يكون برفقة أشخاص آخرين، أو أن يشعر بالخزي من العيوب التي يتصورها موجودة فيه؛ هذه العيوب قد تكون عيوبًا خاصة – كالأنانية، أو الاندفاعية بغضب، أو وجود رغبات جنسية غير مقبولة- أو عيوبًا عامة - كالمظهر الجسدي الغير مرغوب به، أو الحرج الاجتماعي.

5- الانعزال الاجتماعي *alienation/social isolation*: أن يشعر الشخص أنه منعزلٌ عن باقي العالم بأسره، وأنه مختلفٌ عن غيره من الناس، وأنه لا ينتمي إلى أي فئة أو جماعة.

6-الاعتمادية/عدم الكفاءة*incompetence/dependence*: اعتقاد الشخص بأنه لا يستطيع أن يقوم بواجباته اليومية بشكلٍ تامٍ دونما مساعدةٍ كبيرةٍ من أشخاص آخرين؛ حيث يظهر الشخص في هذا المخطط غالبًا كشخصٍ لا حول له ولا قوة.

7- قابلية التعرض للأذى أو المرض *vulnerability to harm or illness*: خوفٌ مبالغٌ فيه من أن هناك كارثة وشيكة الحدوث ستحصل في أي لحظة وأنه غير قادر على منع حدوثها. وتكون هذه

المخاوف متركزة على واحدٍ أو أكثر مما يلي: أولاً، كوارث صحية؛ ثانياً، كوارث عاطفية؛ ثالثاً، كوارث خارجية -هزة أرضية، أو وقوع المصعد، أو تحطم الطائرة- ونحوها من أمور.

8- التورط/الذات الغير متطورة***enmeshment/ undeveloped self***: الانغماسُ العاطفي أو الالتصاق بواحدٍ او أكثر من الأشخاص المهمين في حياة الفرد –غالبًا الأبوين- وهذا على حساب الفردانية وقدرات الشخص الاجتماعية المستقلة. غالبًا ما يتضمن هذا المخطط الإيمان بأن شخصًا واحدًا على الأقل من هؤلاء الأشخاص ذوي العلاقة الوطيدة لا يمكنه النجاة لوحده في الحياة أو لا يمكنه أن يكون سعيدًا دون دعمٍ متواصل من الآخر.

وقد يتضمن الشعور بالانصهار مع هذا الآخر أو أنه ليس لديه هوية مستقلة لوحده بدون هذا الآخر. كما إن هذا الشخص غالبًا ما يختبر هذا المخطط كمشاعر من الفراغ، أو التخبط، أو الضياع، وفي الحالات الشديدة قد يكون غير متأكدٍ من وجوده فعلاً كشخصٍ على قيد الحياة.

9- الفشل ***failure***: اعتقاد الشخص بأنه قد فشل، أو أنه لامحالة سيفشل، أو أنه غير مؤهلٍ بشكلٍ فادحٍ مقارنة مع أقرانه في المجالات التي تحتوي على مؤهلاتٍ وإنجازاتٍ كالمدرسة أو العمل. وغالبًا ما يتضمن اعتقاد الشخص بأنه غبي، أو أحمق، أو جاهل، أو ليس لديه مواهب، أو أدنى قيمة، أو أقل نجاحًا من الآخرين.

10- الاستحقاق/العظمة***grandiosity/entitlement***: اعتقاد الشخص بأنه متفوق على الناس الآخرين، ولهذا فهو يستحق أن يحصل على حقوق وامتيازات خاصة، أو ألا يكون متقيدًا بالقوانين التي تحكم التعاملات الاجتماعية الطبيعية. غالبًا ما يتضمن هذا المخطط اصرار الشخص على أن يكون قادرًا على الحصول على، وفعل أي، شيءٍ يرغب به. بغض النظر عما هو منطقي أو ما يعتبره الآخرون معقولاً، بل وبغض النظر عن التكلفة التي سيتحملها الآخرون.

أو إنه يتضمن التركيز المبالغ فيه على التفوق أو السمو أو الرفعة كأن يكون محاطًا دائمًا بالأشخاص الناجحين أو المشاهير أو الأغنياء، ليس كي يحصل على الشهرة أو الاستحسان بشكلٍ أساسي، بل كي يحصل على القوة وعلى القدرة على التحكم. كما إنه قد يتضمن أحيانًا تنافسية عالية تجاه الآخرين أو هيمنة عليهم كي يؤكد قوته، أو يفرض وجهة نظره، أو يسيطر على سلوكِ الآخرين بما يتماشى مع رغباته دون أدنى تعاطفٍ أو اهتمام لحاجاتِ ومشاعر الآخرين.

11- تحكم بالنفس/ضبط نفس غير كاف-***insufficient self-self-discipline/control***: صعوبةٌ متفشيةٌ أو رفضٌ للتحكم بالنفس، وتسامحٌ محبطٌ للشخص في عمله على تحقيق الأهداف التي يضعها لنفسه، أو في قدرته على كبح اندفاعاته، أو التعبير المبالغ فيه عن مشاعره.

في صورته المعتدلة، يُظهر الشخص تشديدًا مبالغًا فيه على تجنب مصادر الازعاج أو عدم الارتياح، كتجنب الألم، أو الإجهاد، أو الصراعات، أو المواجهات، أو المسؤوليات، وهذا على حساب تحقيق أي إنجازاتٍ ذاتية، أو التزاماتٍ، أو حتى النزاهة.

12- الخضوع ***subjugation***: استسلام الشخص المبالغ فيه لسيطرة الآخرين عليه لأنه يشعر أنه مجبرٌ على هذا، غالبًا لتجنب الغضب، أو الهجران، أو الانتقام. وهناك نمطان رئيسيان للإخضاع: أولهما هو إخضاع الحاجات: أي قمعُ الشخصِ لرغباته، وقراراته، وتفضيلاته. وثانيهما هو إخضاع المشاعر: أي عدم تعبير الشخص عن مشاعره وبخاصة الغضب.

وعادةً ما يتضمن هذا المخطط إدراكَ الشخصِ أن مشاعره، ورغباته، وآراءه غير صالحة أو غير مهمة للآخرين. وغالبًا ما يُظهر إذعانًا مبالغًا فيه مترافقًا مع حساسيةٍ مفرطةٍ للشعور بأنه محاصر، مما يؤدي بشكلٍ عام إلى تراكم الغضب الذي يتجلى في أعراضِ سوء التأقلم؛ كعدم القدرة على ضبط النفس، أو السلوكِ العدواني السلبي، أو إساءةِ استعمال المواد - كالمخدرات على سبيل المثال.

13- التضحية بالذات *self-sacrifice*: تركيزٌ مبالغٌ فيه على التطوع لتلبية حاجات الآخرين في المواقف اليومية على حساب إشباع وسعادة الشخص نفسه. وإن أكثر الأسباب شيوعًا لهذا السلوك هي تجنب التسبب بأي ألمٍ للآخرين، أو كي يتجنب الشعور بالذنب لكونه أنانيًا، أو كي يحافظ على علاقاته مع آخرين يُظهرون أنهم مُتطلبون.

وغالبًا يكون هذا السلوك نتيجةَ حساسيةٍ مفرطةٍ لدى الشخص لآلام الآخرين، وعادةً ما ينتهي إلى استياء الآخرين الذين يتم الاعتناء بهم وإلى إدراك الشخص أن حاجاته الخاصة لا يتم إشباعها بشكل كاف.

14- السعي للحصول على الموافقة/الاعتراف من قبل الآخرين *recognition seeking /approval seeking*: تشديدٌ عالٍ على الحصولِ على الموافقة، أو الإقرار، أو انتباه الآخرين، أو أن يكون ملائمًا لهذه الأمور، وهذا على حساب تنميةِ شعورٍ حقيقي وآمن بنفسه.

أي، إن احترامه لنفسه يعتمد بشكلٍ رئيسي على إقرارِ الآخرين بدل أن يكون معتمدًا على ميوله الطبيعية.

ولتحقيق هذا الغرض، فإنه كثيرًا ما يقوم بالمبالغةِ بمظهره، أو مكانته، أو إنجازاته، أو قبوله الاجتماعي، أو ما يملكه من مال. وهو يفعل هذه الأمور ليس بهدف الحصول على القوة أو التحكم بشكل أساسي، بل كي يحصل على انتباه الاخرين وتمييزهم له.

وغالبًا ما ينتج عن هذا أن يكون مفرطَ الحساسيةِ للرفض، أو أن يتخذ قرارات هامة في حياته بشكلٍ غير مُرضٍ بل وحتى مزيف.

15- السلبية/التشاؤم*pessimism /negativity*: تركيزٌ مستمرٌ مدى الحياة على الجوانب السلبية فيها -كالألم، والموت، والخسارة، والاستياء، والخيانة، وخيبات الأمل، والصراعات، والذنوب، والأخطاء المحتملة، والمشاكل التي لم يتم حلها، والأمور التي من الممكن أن تسير بشكلٍ خاطئ، وهلم جرا- بينما، في الوقت عينه، يهمل، أو يقلل من، الجوانب الإيجابية أو التفاؤلية.

وعادةً ما يتضمن توقعات مبالغًا فيها على أن الأمور ستيسر حتمًا باتجاهٍ خاطئ جدًا في النهاية -وهذا في مجالاتٍ واسعةٍ من الأعمال، أو في الجانب المالي، أو في العلاقاتِ الشخصية- أو أن الجوانب التي تسير بشكلٍ جيدٍ في حياته سوف تتدمر في النهاية لا محالة.

وغالبًا ما يتضمن هذا المخطط أيضًا خوفًا مبالغًا فيه من القيام بأخطاءٍ ستؤدي إلى انهيار مالي، أو خسارةٍ، أو مذلةٍ، أو أن يقع في ظروفٍ سيئة جدا. وبسبب مبالغة هذا الشخص بالنتائج السلبية المحتملة، فإنه عادةً ما يتم وصفه كشخصٍ مترددٍ، أو متذمرٍ، أو حذرٍ، أو أن لديه قلقًا مزمنا.

16- *الكبت العاطفي* ***emotional inhibition***: كبتٌ مبالغٌ فيه للأفعال أو للمشاعر أو للتواصل بطريقة عفوية، عادةً كي يتجنب عدم الموافقة من قِبلِ الآخرين، أو الشعور بالخزي، أو فقدان السيطرة على ردود أفعاله.

إن أكثر مجالاتِ الكبتِ تتضمنُ كبتَ الغضب أو العدوانية، أو كبتَ ردود الأفعال الإيجابية -كالاستمتاع، أو التأثر، أو الاثارة الجنسية، ونحوها- أو صعوبة في التعبير بحريةٍ عن حساسيته أو مشاعره أو حاجاته وما إلى هنالك، أو تتضمن تشديدًا مبالغًا فيه على العقلانيةِ في مقابل تجاهل العواطف.

17- *المعايير الصارمة/النقد الزائد* ***unrelenting standards/ hypercriticalness***: اعتقاد الشخص الضمني بأن عليه السعي الحثيث نحو الالتزام بمعايير داخلية للسلوك والأداء غالبًا كي يتجنب النقد. تتجسد عادةً في مشاعر من الضغط أو عدم القدرة على كبح النقد الزائد للنفس وللآخرين.

يجب أن تتضمن انخفاضًا كبيرًا في المتعة، أو الراحة، أو الصحة، أو في الشعور بالثقة بالنفس تجاه الإنجازات، أو الرضا عن العلاقات.

وهذه المعايير الصارمة تتمثل عادةً إما في المثالية، والإفراط في الاهتمام بالتفاصيل، أو تقديرٍ منخفضٍ للذاتِ في أداءِ الشخص مقارنةً بالحالةِ النموذجية. أو على شكلِ قوانين جامدة في مجالاتٍ مختلفةٍ من الحياةِ

بما فيها معاييرٌ عاليةٌ بشكلٍ غير منطقي للنواحي الأخلاقية أو القيمية أو الثقافية أو الوصايا الدينية. أو إنها تتجسد بالانشغالِ الدائم بالوقتِ والفعاليةِ كي يتمكن من انجاز المزيد من الأعمال.

18- القسوة *punitiveness:* الاعتقادُ بأن الأشخاصَ يجبُ أن تتم معاقبتهم بقسوة إذا ارتكبوا أي أخطاء. وهذا يتضمن أن يكون الشخصُ ذا نزعةٍ للغضب، وغير متسامحٍ، وقاسٍ، وغير صبورٍ مع أي شخصٍ لا يُقابلُ توقعاته أو المعايير التي لديه بمن فيهم هو نفسه.

وعادةً ما يتضمن صعوبة في مسامحة نفسه وغيره على أي أخطاءٍ بسبب ممانعته لأخذ أي ظروفٍ مخففةٍ بعين الاعتبار، أو أن يدرك أن البشرَ غيرُ كاملين، أو أن يتعاطف مع المشاعر.

عندما يكون مخططٌ ما –أو عدة مخططات- فاعلاً –سواء كان مخطط تأقلم أو مخطط سوء تأقلم- فإن هذا، يا داني، يمثل صيغةً ماmode بحسب تعبير جيفري ي. يونغ.

داني "بتعجب": ماذا تعني بالصيغة؟

رجل الكهف: إن الصيغة تتضمن كل ما يشعر به المرء، أو يفكر به، أو يفعله في أي وقتٍ من الأوقات. وبالتالي، يمكن النظرُ إليها على أنها حالةٌ ولست سمةً أو خِصلةً لدى الإنسان؛ فالشخص قد يتقلب بين هذه الصيغ، وعندما ينتقل الشخص من صيغة إلى أخرى فإن إدراكه ومشاعره وردود أفعاله تتغير أيضا.

لوسيل "باستغراب": وما هي هذه الصيغ؟

رجل الكهف: هناك أربع مجموعاتٍ من الصيغ هي: صيغ الطفل، وصيغ التعامل سيء التكيف، وصيغ الوالد المختل وظيفيًا، وأخيرًا صيغة البالغ السليم.

لوسيل "باهتمام": ما هي صيغ الطفل؟

رجل الكهف: صيغ الطفل هي:

أولاً، *الطفل الضعيف*: وهو طفلٌ يختبرُ مشاعرَ انزعاج وقلق؛ خاصة الحزن، والخوف، والعجز.

وإن المخططات التي يشيع ترافقها مع هذه الصيغة، يا لوسيل، هي: الهجران، وعدم الثقة/سوء المعاملة، والحرمان العاطفي، والعيب، والانعزال الاجتماعي، والاعتمادية/عدم الكفاءة، وقابلية التعرض للأذى أو المرض، والتورط/الذات الغير متطورة، والسلبية/التشاؤم.

ثانياً، *الطفل الغاضب*: وهو طفلٌ يُظهرُ الغضبَ مباشرةً كردةِ فعل لشعوره بأن حاجات جوهرية لديه لم تُلَبَ أو لشعوره بأنه يتعرضُ لمعاملةٍ غير عادلة.

والمخططات التي يشيع ترافقها مع هذه الصيغة، يا داني، هي: الهجران، وعدم الثقة/سوء المعاملة، والحرمان العاطفي، والخضوع، أو أحياناً أي مخططٍ من تلك التي يشيع ترافقها مع صيغة الطفل الضعيف.

ثالثاً، *الطفل المندفع/الغير منضبط (الهمجي)*: وهو طفلٌ يتصرفُ باندفاع حسب ما تمليه عليه رغباته الآنية -وليس حاجات جوهرية- دون أدنى اعتبار للحدود أو لحاجات الآخرين أو مشاعرهم.

وإن المخططات التي يشيع ترافقها مع هذه الصيغة هي: الاستحقاق وتحكم بالنفس/ضبط نفس غيرُ كاف.

أخيراً، *الطفل السعيد*: وهو طفلٌ يشعرُ أنه محبوبٌ ومترابطٌ مع غيره، وبالتالي، هو قانعٌ وراض. وهذا الطفلُ، يا عزيزيّ، لا يكون لديه أي مخططٍ فاعل.

داني "بارتباك": وماذا تقصد بصيغ التعامل سيء التكيف؟

رجل الكهف: تنضوي تحت هذه المجموعة ثلاثة صيغ هي:

أولاً، *المستسلم المذعن*: وكما يشير الاسم بوضوح، فإنه ينطبق على من يتبنى أسلوبَ تعاملٍ يتسمُ بالاستلام والإذعان.

ثانياً، *الحامي المستقل*: وهو شخصٌ يتبنى أسلوبَ تعاملٍ يتسمُ بالانسحاب العاطفي، والانفصال، والتجنب السلوكي، والانعزال.

ثالثاً، المبالغ في التعويض: وهو شخصٌ يتبنى أسلوبَ تعاملٍ يتسمُ بالتحكم، والهجوم المضاد، وربما يبالغ في التعويض عبر وسائل شبه تكيفية كإدمان العمل.

لوسيل: وما هي صيغ الوالد المختل وظيفيا؟

رجل الكهف: له صيغتان فقط هما: *الوالد المعاقب/كثير النقد*: وهو ذلك الوالد الذي يقومُ بتقييدِ أو انتقادِ أو معاقبةِ نفسهِ أو غيره.

والمخططاتُ التي يشيع ترافقها مع هذه الصيغة هي: الخضوع، والقسوة، والعيب، وعدم الثقة/سوء المعاملة - كمُسيءٍ للمعاملةِ بالطبع.

أما الصيغة الثانية فهي *الوالد المُتطلّب (كثير المطالب)*: وهو شخصٌ يضعُ توقعات عالية ومستوى عالٍ من المسؤولية تجاه الآخرين، ويضع نفسه وغيره تحت الضغطِ من أجل تحقيق هذه التوقعات.

ويشيع ترافق مخططين مع هذه الصيغة هما: المعايير الصارمة، والتضحية بالذات.

داني: وماهي صيغة البالغ السليم؟

رجل الكهف: إن صيغة البالغ السليم، أو الجانب السليم من النفس، يقوم بدور تنفيذي مقارنة بالصيغ الأخرى؛ هذه الصيغة هي التي تمكن الوالد الذي يحوزها من اشباع حاجات طفله العاطفية. وعليه، فإن العمل على بناء وتقوية هذه الصيغة السليمة لدى الوالدين هو الهدف الشامل للعلاج المخطط.

لوسيل: في الواقع إن تمثل هذه المخططات في اضطرابات الشخصية التي تحدثنا عنها واضح جدًا، إلا أنك قد قلت إن العلاج السلوكي الجدلي هو الذي يُعتمد عادة كأسلوب علاج أولي لاضطراب الشخصية الحدية، فهلا شرحت هذا العلاج لنا؟

الباب الرابع والعشرون

العلاج السلوكي الجدلي
Dialectical Behavior Therapy

(Barlow 2014: 412-439)

(أنظر Linehan)

رجل الكهف: إن العلاج السلوكي الجدلي يا لوسيل، ينقسم إلى ثلاثة أنساق من العلاج تسير جنبًا إلى جنب؛ اثنان منها يخصان المريض وهما التزامه بحضور جلسات فردية من جهة، وجلسات جماعية لتدريب المهارات من الجهة الأخرى، أما النسق الثالث فهو يخص المعالج نفسه.

لوسيل "باهتمام": هلا شرحت لنا الجلسات الفردية؟

رجل الكهف: يتم جدولة جلسةٍ في الأسبوع -وأحيانًا في الحالات الشديدة يتم جدولة جلستين أسبوعيًا في بداية العلاج- مدة كلٍّ منها خمسون أو تسعون دقيقة.

هذه الجلسات تقسم على أربعة مستوياتٍ إضافة إلى مستوى ما قبل العلاج، حيث يتم العمل مع المصاب باضطراب الشخصية الحدية في المستوى المناسب له من حيث شدة الأعراض التي يعاني منها؛ وبالتالي ليس من الضروري أن يمر جميع المرضى عبر هذه المستويات الخمسة، فبعضهم قد يبدأ العلاج من مستوى ما قبل العلاج، في حين أن آخرين قد يبدؤا العلاج من المستوى الثالث على سبيل المثال.

هذا وإن نجاعة العلاج السلوكي الجدلي يعتمد بالكلية على أمرين متكاملين هما العلاقة الجيدة بين المعالج والمريض من جهة، ورغبة المريض في الاستمرار بالتزام العلاج من جهة أخرى. ولذا فإن مهمة المعالج هي أن

يجعل من نفسه عنصرًا معززًا بشكل جوهري في حياة المريض كي يستغل هذه المكانة في إحداث تغيير في حياة المريض من جهة، وكي يجعله راغبًا في تكملة العلاج من جهة أخرى.

داني: ماهي المستويات الخمسة للعلاج السلوكي الجدلي؟

رجل الكهف: يتم في مستوى ما قبل العلاج تجهيز المريض للعلاج عن طريق جمع المعلومات التاريخية عنه، ودراسة سلوكه، وتحديد الأهداف التي سيتم العمل على تحقيقها، كما وبناءُ ثقةٍ متبادلةٍ بين المريض والمعالج، وتحديد ما يتوقعه كلٌّ منهما من الآخر بوضوح، والاتفاق على مسيرة العلاج، ونحو هذا من أمور.

أما المستوى *الأول* من العلاج السلوكي الجدلي فيتم اعتماده للحالات الانتحارية أو تلك التي لديها عجز وظيفي واضح. وعليه، فهو يهدف إلى وضع تصرفات المريض تحت السيطرة وجعله قادرًا على القيام بوظائفه وبناء نمط حياة مستقر.

داني: هل هذا يعني أنه يمكن اعتبار العلاج السلوكي الجدلي كبرنامج لمنع الانتحار والوقاية منه؟

رجل الكهف: في الحقيقة كلا. فمع أن العلاج السلوكي الجدلي قد تم تطويره بالضبط لمساعدة الحالات الشديدة التي لديها عجزٌ وظيفي شديد أو نزعةٌ انتحارية، إلا انه، في الواقع، لا يقدم نفسه كبرنامج للوقاية من الانتحار وإنما كبرنامج يهدف إلى جعل المريض يعيش حياة تستحق أن تُعاش.

وإن الوصول إلى هذا الهدف قد يمتد إلى سنةٍ كاملةٍ إذا كان المريض ذا نزعةٍ انتحاريةٍ عاليةٍ أو كان بحالةٍ عجز وظيفي شديد. بيد أن الإبقاء على حياة المريض هو بديهيًا الهدف الأول للعلاج السلوكي الجدلي، حيث لا يمكن الوصول إلى أي هدفٍ آخر إن فشلَ العلاجُ في تحقيق هذا الهدف الأساسي.

كما أنه لا يمكن الوصول إلى تحقيق أهدافِ العلاج إن لم يلتزم المريض به، وهذا هو الهدف الثاني للمستوى الأولى الأول من العلاج السلوكي

الجدلي. وبعد ضمان تحقيق هذين الهدفين، فإن بإمكان المعالج أن يركز على تحقيق الهدف الثالث وهو تحديد جميع السلوكيات التي يقوم بها المريض والتي من شأنها اعاقته عن العيش بصورة جيدة أو أنها تسبب له عجزًا وظيفيًا مثل الافراط في تعاطي المخدرات، أو وجود نوبات اكتئاب حاد، أو اضطراب أكل، أو سلوكيات جنسية خارجة عن السيطرة وتنطوي على مخاطرة، أو سلوكيات إجرامية، أو عدم التزامه بأخذ أدويةٍ يتوجبُ عليه الالتزام بتعاطيها، أو عدم قدرته على ضبطِ مصروفاته، أو المقامرة، أو عدم قدرته على الالتزام بالعمل أو الدراسة أو القيام بواجباته المنزلية، أو أي سلوكيات من شأنها إعاقة المريض عن الحصول على حياةٍ مستقرة وآمنة.

ومن أجل تحقيق هذا الهدف يا داني، فإن الهدف الرابع للمستوى الأول من العلاج السلوكي الجدلي هو تطويرُ قدرةٍ استيعابيةٍ جيدةٍ لدى المريض، كي يستطيع التحكم بعواطفه وردود أفعاله ونحو هذا من مهاراتٍ ذهنية.

أما المستوى الثاني من العلاج السلوكي الجدلي فهو يهدف إلى خفض الشعور باليأس ونحوه من الصعوبات التي تتعلق بالمشاعر كجعل المريض يتذكر ويتقبل حقيقة الآلام والصدمات القديمة، وخفض لوم الشخص لنفسه ونكران الذات والتوتر الناجم عن شعوره بوصمة عار جراء ما قد مر به، وإلى ما هنالك من مشاعر غير مواتية.

وعند الوصول إلى هذا الهدف يا لوسيل، فإنه يمكن العمل على المستوى الثالث من العلاج السلوكي الجدلي الذي يهدف إلى إيصال المريض إلى مستوى طبيعي من الشعور بالسعادة وعدم السعادة، واحترامه لنفسه، وقدرته على بناء آراءه الخاصة. حيث يتم معالجة المشاكل في حياة المريض ومساعدته على تقييم نفسه بصورة جيدة والإيمان بنفسه والوثوق بها.

وعندما يرى المعالج أن الشخص قد وصل إلى حياةٍ طبيعيةٍ مع قدرةٍ على الاستمرار فيها فإنه ينتقل به إلى المستوى الأخير في العلاج السلوكي الجدلي الذي يهدف إلى بناء حالةٍ من الاطمئنان المستمر، وقناعةِ الشخصِ بحياتهِ، وتقبلِ نفسه، وصولاً إلى الحريةِ الكاملةِ بما فيها الحرية من

الحاجاتِ، والحرية من الرغباتِ بما تتضمنه من رغباتٍ في تحقيق تغييرٍ في حياته أو تحقيق أهدافٍ عالية.

لوسيل "بدهشة": ما هذا الهدف التثبيطي الغريب؟

رجل الكهف: هل نسيتِ أن ممارسات الزن والتأمل البوذي تدخلُ في هذا العلاج؟ إن هذه المرحلة هي مرحلةٌ تعتمدُ بشدةٍ على هذهِ الأفكار الروحانية.

فعلى عكس العلاجات السلوكية والمعرفية الأخرى التي تهدف إلى تغيير المشاعر والأحداث الغير مواتية، فإن العلاج السلوكي الجدلي يؤكد، بشكلٍ رئيسي، على تعلم تقبل الألم بمهارة وتدريب مهاراتٍ عقليةٍ تجعلُ الشخصَ يلاحظُ أفكارهُ ومشاعرهُ وسلوكهُ دون أن يقوم بتقييمها أو النظر إليها بسلبيةٍ، بل ودون محاولةٍ لتغييرها أو التحكم بها.

إنها حالةٌ من الراحةِ والقناعةِ الدائمةِ التي يعيشها الرهبان البوذيون، وليست حالة بناءِ شخصٍ تنافسي ذا طموحاتٍ ورغباتٍ في تغيير العالم.

على أي حال، إذا أخذنا بعين الاعتبار يا عزيزتي، أن الشخص الذي يهدف العلاج السلوكي الجدلي إلى إيصاله إلى هذه الحالة من الطمأنينة السلبية والقناعة بحياته واعتقاده أنها حياة تستحق أن يعيشها، بل هو مستمتع بها كما هي عليه، بعد أن تم تصحيح ما يمكن تصحيحه فيها، قد بدأ مسيرة العلاج كشخصٍ ذا نزعةٍ انتحاريةٍ عاليةٍ أو ذا عجزٍ وظيفي شديدٍ، فإن هذه النتيجة ليست بذلك السوءِ الذي تتوقعينه.

لوسيل "مفكرة": أعتقدُ أن هناكَ وجهةَ نظرٍ في الأمر. لكن كيف يقوم هذا الشخصُ بتحملِ المِحن في حياته؟

رجل الكهف: يتم تعليم المرضى نوعين من المهارات؛ أولها، مهارات النجاة من الأزمات، وهي مهارات تهدف إلى ضبطِ سلوكِ الفردِ كي يستطيع إدارة المواقفِ المؤلمةِ دون أن يجعلها أسوء ريثما يتمكن من حل المشكلة.

لكن ماذا لو كانت المشكلة يا لوسيل غير قابلةٍ للحل، إما لأنها مشكلة لا يملك الشخص القدرة على السيطرة عليها، أو التأثير فيها، أو أنها كانت مشكلة قد حدثت في الماضي وبالتالي يستحيل تغييرها؟ هنا تأتي يا عزيزتي، مجموعة المهارات الثانية التي تمكن من يحوزها من تقبل الواقع وتحمل الألم الناجم عن هكذا نوع من المشاكل أو الآلام.

لوسيل "بفضول": هلا ذكرت لنا هذه المهارات؟

رجل الكهف: يطول الحديث فيها يا لوسيل، على أنه يمكنني أن أشير إلى إحدى أشهر المهارات في العلاج السلوكي الجدلي، والتي تعتبر واحدة من المهارات الجوهرية فيه لضبطِ المشاعرِ وردودِ الأفعالِ ألا وهي مهارة الفعل المعاكس. أي قيام الشخص بالتصرفِ على نحوٍ معاكسٍ للشعور الذي يعتريه، وبهذه الطريقة يتم خفض الإثارة العاطفية وردة الفعل التي لديه.

لوسيل "بحيرة": أريد مثالا!

رجل الكهف: إن ردة الفعل للخشية أو الخوف هي تجنب الموقف؛ وبالتالي فإن الفعل المعاكس هو الإقدام على الموقف بشكل كامل. وإن ردة الفعل الناجمة عن الغضب قد تتضمن الهجوم الجسدي أو اللفظي، أو الجرح العاطفي، أو شد واحكام قبضة اليد، إلى ما هنالك؛ وعليه، فإن الفعل المعاكس هو الانسحاب من الموقف، وإراحة قبضتي اليدين وفتح راحتيهما، وارخاء الكتفين، وقولُ كلماتٍ متعاطفةٍ للطرفِ الآخر وإظهار التعاطف معه؛ أي باختصار، فعل عكس ما يتم فعله عادة في مثل هذا الموقف.

لوسيل: لقد أعجبتني هذه المهارة، أعتقد أن على الجميع تعلمها وممارستها. لكن أخبرني الآن ماذا عن الجلسات الجماعية؟

رجل الكهف: بالإضافة لالتزام المريض بحضور الجلسات الفردية التي تحدثتُ عنها، فإن على المريض الالتزام بحضور جلساتٍ جماعيةٍ يقودها مُرشدٌ ومساعدٌ له تسمى جلسات تدريب المهارات، وهي جلسات أسبوعية أيضًا لكن مدة الواحدة منها تتراوح بين الساعتين إلى ساعتين ونصف.

وإن مدة حضور هذه الجلسات يجب ألا يقل عن ستة أشهر على الأقل، على أن سنة كاملة هو الحال المفضل، بل إن بعض البرامج لديهم جلساتٌ أسبوعية إضافية لمساعدة الأشخاص الذين قد أتموا سنة كاملة من جلسات تدريب المهارات لكنهم لا يزالون بحاجة إلى استشارات في كيفية تطبيق تلك المهارات في حيواتهم اليومية.

وفي البرامج المخصصة للمراهقين، فإنه يتم عادةً دعوة أفرادٍ من العائلة لحضور هذه الجلسات، بل تذهب بعض البرامج إلى مدى أبعد وهذا عن طريق تنظيم جلساتٍ جماعيةٍ إضافيةٍ لدريب المهارات للأصدقاء والعائلات.

داني: لقد قلت إن هناك نسقًا من الجلسات يخص المعالجين أنفسهم. ماذا تعني بهذا؟

رجل الكهف: بما أن علاج المصابين باضطراب الشخصية الحدية هو عملٌ يسببُ التوتر بشكل كبير، وبما أن سلوك المعالج تجاه مرضاه وأسلوب تعاملهم معهم هو أمرٌ جوهري بل وعاملٌ حاسمٌ في نجاح العلاج السلوكي الجدلي، فإنه يتوجب على جميع المعالجين حضور جلسات استشارية بتواتر أسبوعي حيث يلتقي فيها كلُّ معالج مع معالج آخر، ويُفضل أن يتم اللقاءُ على شكلِ فريقٍ يضمُ عددًا من المعالجين بحيث يشكلون فريقًا استشاريًا يكون فيه كلُّ معالج هو المُعالِج لغيره، والمُعالَج من قِبل غيره.

وبهذه الطريقة يا داني، يساعدون بعضهم بعضًا سواء من الناحية النفسية أو من الناحية العملية أو التطبيقية للعلاج السلوكي الجدلي. وإن الالتزام بحضور هذه الجلسات مع الفريق الاستشاري هو جزءٌ لا يتجزأ من العلاج السلوكي الجدلي وليس أمرًا ثانويًا فيه.

لوسيل: أعتقد أن الخوض في تفاصيلِ هذه الجلساتِ هو أمرٌ لا يعنينا بما أنها تخصُ المعالجين أنفسهم. إنني أرى أنه من الأهم بالنسبة لنا التعرف على أساليب العلاج، أليس كذلك؟

رجل الكهف: أتفق معك. وعودةً إلى الجلساتِ الفرديةِ، فإنه يتم فيها استخدام استراتيجيات علاجية تتنوع بين: استراتيجيات جدلية،

واستراتيجيات جوهرية، واستراتيجيات أسلوبية، واستراتيجيات إدارة الحالة، واستراتيجيات متكاملة. بحيث يقوم المعالج باستخدام الاستراتيجيات الأنسب منها لكل حالة، بل وفي كل موقف، وهذا بغية الوصول إلى تحقيق الأهداف التي سبقت الإشارة إليها.

لوسيل "بتركيز": ماذا تعني بالاستراتيجيات الجدلية؟

رجل الكهف: إن هناك ثماني استراتيجيات جدلية رئيسية تهدف إلى الحفاظ على سياقٍ جدلي متوترٍ بشكلٍ متوازنٍ من حيث شدته وسرعته وتدفقه بين المعالج والمريض.

وهذه الاستراتيجيات هي: استخدام المفارقات، واستخدام الاستعارات، ولعب دور محامي الشيطان، والتمدد، وتفعيل العقل الحكيم لدى المريض، والسماح بالتغييرات الطبيعية، وتحويل السلبيات إلى إيجابيات -والتي تعرف باسم صناعة عصير الليمون من الليمون- وأخيرًا لدينا التقييم الجدلي بواسطة الطرح المستمر للأسئلة.

وبالإضافة إلى هذه الاستراتيجيات الجدلية، يا صديقتي، فإن استراتيجيات الفاعلية التي تُعتبر استراتيجيات تَقبّل، واستراتيجيات حل المشاكل التي تُعتبر استراتيجيات تغيير، تعتبر جوهر وقلب العلاج السلوكي الجدلي، بحيث يعملُ المعالج خلالَ كل جلسةٍ على الموازنةِ بين استراتيجيات التقبل من جهة، واستراتيجيات التغيير من جهة أخرى بحسب كل ظرف وكل حالة.

داني: ماذا تعني باستراتيجيات التقبل؟

رجل الكهف: لا أعني باستراتيجيات التقبل جعلَ الأمورِ مُتقَبَّلة، لا ولا حثَّ الشخص على تقبل الأمور الغير مقبولة، بل إنها تقتصرُ على إقرار الشخص أو اعترافه بوجود ما يمكن تقبله. ولتحقيق هذا الهدف، فإن هذه الاستراتيجيات هي على ستة مستوياتٍ كلٌّ منها يتضمن المستوى الذي يسبقه ويضيف عليه.

لوسيل "بعيون لامعة": أخبرنا عنها.

رجل الكهف: اسمعي. المستوى الأول: *الاستماع والرصد*: أي استماع المعالج بانتباهٍ إلى ما يقوله المريض ورصد حركاته وسكناته ومشاعره، والتركيز على فهم هذه الأمور.

المستوى الثاني: *الانعكاس الدقيق*: أي أن يقوم المعالج بتكرار ما قاله المريض والإشارة إلى مشاعره بدقةٍ كي يدركَ المريضُ أن المعالجَ قد وعى تمامًا كل ما قاله له، وأنه يفهمه بشكلٍ جيد.

المستوى الثالث: *تقديم التفسيرات المُعممة*: أي أن يُظهر المعالج للمريض فهمه وإدراكه ليس فقط لتلك الأمور التي قالها وللمشاعر التي عبر عنها، بل لتلك التي لم يشر إليها صراحة أيضًا، وهذا عن طريق تحليله لكل ما قاله الشخص وكل ما حصل معه كما ومحاولة قراءة أفكاره.

المستوى الرابع: *التقبل بناء على التعلم المسبق أو الخلل الوظيفي البيولوجي*: لقد سبق وقلت لكما في محاورتنا السابقة أنه ما من سلوكٍ يقوم به إنسانٌ على وجه الأرض غير مبرر؛ أي، لا يمكنك تقصي الدافع وراءه والسبب الكامن الذي حفز عليه، لو أتيحت لك المعلومات الكافية عن هذا الشخص، كما والوقت اللازم للتحليل (رجل الكهف 2018: 312). وهذا بالضبط هو ما يحاول المعالج إفهامه للمريض في هذا المستوى، ويتم هذا عن طريق تفسير جميع تصرفاتِ الشخصِ بناءً على الأحداثِ التي تسببت بها.

وحتى إن لم يملك المعالج جميع المعلومات اللازمة للتحليل والكافية لتقديم تفسيرٍ منطقي، فإن المهم هنا على الأقل هو جعلُ الشخص يدركُ أن جميع مشاعره وأفكاره وسلوكياته يمكن تبريرها في سياق مسيرة حياته بشكلٍ منطقي جدًا، وهذا يحثه على تقبلها وعلى عدم لوم نفسه بشكلٍ مفرط. وهذا يمتد إلى المستوى التالي أيضًا ألا وهو:

المستوى الخامس: *التقبل بناءً على السياق الحالي أو الأداء المعياري*: فبعد أن يدرك الشخص ما سبقت الإشارة إليه، يعملُ المعالج في هذا المستوى على جعلِ الشخصِ يدركُ أن سلوكه مقبولٌ ومفهومٌ، بل وحكيمٌ، إذا ما تمَ أخذُ الظروفِ التي يمرُ بها الشخصُ في عين الاعتبار.

المستوى السادس: *الأصالة الراديكالية*: وهنا يتابعُ المعالجُ في جعلِ الشخصِ يُدركُ أن تصرفاته ليست فقط مفهومة بناءً على ما حصلَ معه في حياته سابقًا، والظروف التي يمر بها الآن كما كان الأمر في المستويين السابقين فحسب، بل يتعداه إلى جعله يتقبل نفسه كما هي، ويبني أهدافه بناءً على قدراته الذاتية.

وفي هذا المستوى يُظهر المعالج تعاطفًا متفهمًا للصعوباتِ التي يعاني منها الشخصُ أو للعجز الذي لديه. وكلُّ هذا بهدف جعل الشخص مؤمنًا بقدراته الذاتية وقادرًا على استخلاص أفضلِ ما يمكن منها.

وفي الحقيقة، إن أصعبَ استراتيجيات العلاج السلوكي الجدلي وأكثرها أهمية، هو *تحليل السلوك*، والذي يهدف بدايةً إلى تحديدِ مشكلةٍ ما، ومعيقاتِ حلها، وما الذي يمكنه المساعدة في حلها؛ وهذا يا لوسيل، يتم عبر طرح الأسئلةِ الأربعةِ التاليةِ والبحثِ عن إجاباتها:

السؤال الأول: هل تم تعزيز سلوكيات غير مجدية، أو هل تم اتباع سلوكيات مجدية لكنها كانت متبوعة بنتائج مكرهة أو أن المكافئات عليها قد تم تأخيرها؟

السؤال الثاني: هل يملكُ الشخصُ المهارات السلوكية المطلوبة للتحكم بمشاعره والاستجابة بمهارة للصراعات، وهل هو قادرٌ على التحكم بسلوكه؟

السؤال الثالث: هل هناك أنماطٌ من التجنب، أو أن السلوكيات الفعالة يتم تثبيطها بسبب مخاوف غير مبررة أو شعور بالذنب بشكلٍ غير مبرر؟

السؤال الرابع: هل الشخصُ غيرُ مدركٍ لحالاتِ الطوارئ الموجودةِ في بيئتهِ، أو أن السلوكيات الفعالة يتم تثبيطها بسبب اعتقادات أو افتراضات خاطئة لديه.

وعندما يتم تحديد المشكلة وتحليلها يتم العمل على إيجاد حلول بديلة لها. وهذه الحلولُ البديلة تتضمن: حلَّ المشكلة، أو تغيير الاستجابة العاطفية تجاهها، أو تحمّلَ المشكلة عبر التساهل معها، أو أن يبقى الشخص في حالةٍ مزريةٍ، أو حتى أن يتم جعلُ الأمور أسوأ.

لوسيل "مقاطعة بدهشة": ما هذه الحلول بحق السماء؟

رجل الكهف: هل نسيتِ ما شرحته لكما من أن العلاج السلوكي الجدلي يؤكد بشكلٍ رئيسي على تعلم تقبلِ الألم والتعامل معه بمهارة؟ والحقُ أن المعالج يختارُ البديلَ الأنسبَ بما يحقق أعظمَ منفعةٍ ممكنةٍ للشخصِ نفسهِ -وليس لغيره- لكن على المدى الطويل، وليس القصير.

ومن هنا فقد يكون جعلُ الأمور أسوأ الآن من وجهة نظر الشخص هو في الواقع ينطوي على فائدةٍ له على المدى الطويل، ولذا فقد يتم اعتماده.

لا تنظري إلى الأمدِ القصير يا عزيزتي، فكم من آلام جعلت من أصحابها، عندما تجاوزوها بنجاح، أشخاصًا أكثر نجاحًا وسعادةً في المستقبل.

لوسيل "مفكرة": أنت محق. لكن هلا شرحت لنا أكثر عن تعامل العلاج السلوكي الجدلي مع المشاكل من فضلك؟

رجل الكهف: لحلِ المشاكل، فإن العلاج السلوكي الجدلي يتبني أربعة إجراءاتٍ بشكلٍ مباشرٍ من العلاجين السلوكي والمعرفي. وهذه الإجراءات هي تدريب المهارات، وإجراءات الطوارئ، والكشف، وتعديل الادراك.

يتم تبني الاجراء الأول منها، أي تدريب المهارات، عندما يتطلب حل المشكلة مهارات لا يحوزها الشخص، أو أنه ربما يحوزها لكنه لا يعرف كيف يستخدمها بشكل فعال. وهناك ثلاثة أنماطٍ من إجراءات تدريب المهارات هي:

أولاً، اكتسابُ المهارات، بواسطةِ التعليم وتقديم النصائح والأمثلة.

ثانيًا، تقويةُ المهارات، بواسطةِ التدريب خلالَ الجلسات، ولعب الأدوار، وتقديم التغذية الرجعية.

ثالثًا، تعميمُ المهارات، عبرَ تسجيلِ الجلساتِ للاستماع إليها لاحقًا -كما يفعل داني الآن- أو عبر الواجبات التي يعطيها المعالج للشخص، أو عبر الاتصال به هاتفيًا لمساعدته على العمل على تطبيق المهارات في حياته اليومية.

أما إجراءات الطوارئ، يا عزيزيّ، فهي تشير إلى قيام المعالج بتعديل سلوكه بطريقةٍ استراتيجيةٍ بحيث يتمكن من خلالها من تعزيز السلوكيات التي تُظهر تقدمًا مرغوبًا فيه لدى المريض، بينما يقوم بإخماد أو حتى معاقبة تلك السلوكيات الغير مرغوب فيها أو التي تنم عن سوء تأقلم.

والكشف يتضمن ثلاث خطوطٍ عريضةٍ هي: عدم تعزيز تلكَ التلميحات التي تسبق السلوكَ موضوع المشكلة، وكبحُ ردودِ الأفعالِ المختلةِ وظيفياً فيما يخص الهدفين الأوليين للعلاج الذين سبق وأشرتُ إليهما، وأخيرًا تعزيزُ ردودِ الأفعالِ المعاكسةِ للسلوكِ المختلِ وظيفياً كما شرحت لكما مسبقا.

لوسيل! إن الرسالة الأساسية التي يتم إفهامها للشخص أثناء مسيرة العلاج السلوكي الجدلي هي أنه، بشكلٍ عام، إن سبب محنةِ الشخصِ هو أحداثُ الحياةِ المثيرةُ للتوترِ بشكلٍ فادحٍ، وليست تشوهات لأحداثٍ حميدة. وإن العمل على جعل الشخص يدرك هذا الأمر جيدًا هو ما قصدته بإجراء تعديل الادراك يا داني.

داني: وماذا تقصد بالاستراتيجيات الأسلوبية؟

رجل الكهف: إن العلاج السلوكي الجدلي يقوم على الموازنة بين أسلوبين مختلفين من التواصل هما التواصل المتبادل، والتواصل الذي يفتقد إلى الاحترام أو التواصل الفظ، وهو الذي يُستخدم لدفع المريض إلى الاستجابة عندما يكون عنيدًا ولا يحقق التقدم المطلوب منه، حيث يتم استخدامه بطريقةٍ تفاجئ المريض ويكونُ محبوكًا باستخدام منطقٍ يجعل المريض غيرَ قادرٍ على الفرارِ منه.

وإن الانتقالَ بين هذين الأسلوبين يتم بحسب كلِّ موقفٍ وبطريقةٍ تجعلُ من الاسلوبين محبوكين في نسيج أسلوبي واحد. هذا النسيج الأسلوبي هو الذي سيحددُ كيف سيتبنى المعالج استراتيجيات العلاج الاخرى، والحق أن التوازن بين هذين الأسلوبين هو أمرٌ جوهري ومحوري في أي علاج سلوكي جدلي.

لوسيل: لقد بدأتُ أشعرُ بالدوار، إن الأمورَ تزدادُ تعقيدًا كلما حاولتَ الاستفاضة أكثر. ألا يمكنك تبسطُ الامر؟

رجل الكهف: أعرف هذا، لكن كوني على ثقةٍ أني أحاولُ التبسيطَ والاختصارَ جهدَ استطاعتي (أنظر Dimeff 2001 وKliem 2010 وLynch 2014).

على أي حال، ما رأيكما في أن أسرد لكما وقائع جلسات حقيقية للعلاج السلوكي الجدلي، فلعل هذا من شأنه أن يسهل فهم الأمر عليكما؟

لوسيل "بحماسها الطفولي": نعم. هذه فكرةٌ رائعة.

رجل الكهف: حسنًا، سأروي لكما وقائع جلسات جرت مع أشخاصٍ مختلفين بانتقاءٍ يجعلُ من هذه المحاورات تُظهر لكما أمثلة لتطبيقاتٍ واسعةٍ من استراتيجيات العلاج السلوكي الجدلي في مواقف متنوعة كي تفهمانه بصورة شاملة مقتضبة.

داني "بحماس": كلي آذان صاغية.

الباب الخامس والعشرون
هل ستقبلين العلاج يا سارة؟

(443-447 :2014 Barlow)

رجل الكهف: الجلسة الأولى التي سأسرد لكما مجراها هي جلسةٌ تهدف إلى حمل سارة على تقبل التزام العلاج السلوكي الجدلي:

المعالجة: إذًا أنتِ متوترة قليلاً مني؟

سارة: نعم، أعتقد هذا.

المعالجة: حسنًا، هذا مفهوم. على أنه للدقائق الخمسين القادمة أو نحوها سيكون لدينا الفرصة لنتعرف على بعضنا ولنرى هل نود أن نعمل سويًا أم لا. وبالتالي، فإن ما أود فعله هو أن نتحدث قليلاً عن البرنامج وعن سبب وجودكِ هنا. لذا أخبريني، لماذا أنتِ هنا وما الذي تودين أن تخرجي به من العلاج معي؟

سارة: أريد أن أصبح أفضل.

المعالجة: حسنًا، ما الخطب؟

سارة "ضاحكة": أنا في حالة فوضى.

المعالجة: كيف؟

سارة: لا أعرف. أنا غير قادرة حتى على التعامل مع متطلبات الحياة اليومية حاليا. ولا يمكنني حتى [صمتٌ لبرهة] أنا في حالة فوضى. لا أعرف كيف أتعامل مع أي شيء.

المعالجة: ما الذي تعنيه بالضبط؟

سارة: حسنًا، كل شيءٍ أحاول القيام به هذه الأيام يبدو لي أمرًا عظيمًا بشكل يفوق الحدود. لم أستطع الاستمرار في العمل؛ لذا، فأنا الآن في إجازة صحية. بالإضافة إلى أن جميع المحيطين بي قد ملوا من كوني في المشفى كثيرا؛ كما إني أعتقد أن طبيبي النفسي يريد التخلص مني بسبب سلوكياتي بإيذاء نفسي.

المعالجة: ما هو تواتر قيامكِ بالإيذاء الذاتي؟

سارة: ربما مرة أو مرتين في الشهر. أستخدم ولاعتي أو سجائري، وأحيانًا شفرة حلاقة.

المعالجة: هل لديكِ ندوبٌ في كل أنحاءِ جسدك؟

سارة "تجيب بإيماءةٍ تنم على الموافقة فحسب".

المعالجة: لقد أخبرني طبيبكِ النفسي أنكِ قد شربتِ كلوركس، لماذا لم تشري إلى هذا؟

سارة: أعتقد انه لم يخطر في بالي.

المعالجة: هل يحصل بكثرة أن تغيب الأمور عن بالك؟

سارة: لا أعرف على وجه الدقة؛ ربما.

المعالجة: إذًا، يبدو لي أنه يجب أن أكون مُخمِّنةً جيدةً جدًا معك.

سارة: ممممم.

المعالجة: على أي حال، بكل أسف، أنا لست أفضل مُخمِّنة. لهذا السبب، يجب أن نقوم بتعليمكِ كيف تخطر الأمور على بالك. ما الذي تريدينه من العلاج معي على وجه التحديد؟ أن تنتهي من إيذاءِ نفسك، أم أن تنتهي من محاولاتِ قتلكِ لنفسك، أم الأمرين معا؟

سارة: الأمران؛ لقد مللت منهما.

المعالجة: وهل هناك أي شيءٍ آخر تريدين الحصول على مساعدة فيه؟

سارة: حسنًا، أنا لا أعرف كيف أتصرف بالمالِ أو في العلاقاتِ على نحو جيد. ليس لدي أصدقاء، إنهم لا يتواصلون معي كثيرا. لقد كنت مدمنة

للكحول في السابق، كما أنني في مراحل التعافي من الشره المرضي العصبي، على أنه لاتزال لدي نزعة نحوه.

المعالجة: هل تعتقدين أنه ربما يكون جزءٌ مما يحصل معكِ هو أنكِ استبدلتِ تلك الأمور بسلوكياتِ إيذاءِ النفس؟

سارة: لا أعلم، لم أفكر بالأمر على هذا النحو. أنا فقط أشعر أنني لا أعرف كيف أتمالك نفسي؛ وأعتقد بوضوح أن مروري بأمور مختلفة يؤثر علي؛ وإلا لما كنت قد حاولت قتل نفسي.

المعالجة: إذًا، إن وجهة نظركِ هي أن إحدى المشاكل هي أنكِ لا تعرفين كيف تقومين بالأشياء؛ بأشياء كثيرة.

سارة: نعم، والكثير منها هو، أنا لا أعرف كيف، لكني لسبب ما لا أقوم بها على أي حال.

المعالجة: مممم.

سارة: هل تعرفين، أنا أعني أنني أعرف أني بحاجة لادخار المال، وأنا أعرف أني بحاجة لتحقيق ميزانية جيدة، وأنا أفعل هذا كل شهر، لكن في كل شهر أجد نفسي غارقةً في الديون. لكن، إنه حقاً صعبٌ بالنسبة لي. إني أعرف هذا كما أعرف أنه يجب عليّ ألا آكل شيئًا ما، لكني أفعل هذا على أي حال.

المعالجة: إذا يبدو أن جزءًا من المشكلة هو أنكِ، في الواقع، تعرفين كيف تقومين بالأشياء، لكنكِ فقط لا تعرفين كيفية حمل نفسكِ على القيام بالأمور التي تعرفين كيفية القيام بها.

سارة: بالضبط.

المعالجة: هل يبدو لكِ أنكِ قابعةٌ تحتَ تأثير العواطف. أعني، أنكِ تفعلين الأشياء تحت سيطرة مزاجك فحسب؟

سارة: نعم، أنا أقوم بكل شيء بشكلٍ مزاجي.

المعالجة: إذا أنتِ شخصٌ مزاجي.

سارة: نعم. لا أنظف المنزل لشهرين كاملين، ثم يأتيني مزاجٌ للتنظيف فأنظف المنزل بشكلٍ مثالي وأبقيه نظيفاً لثلاثة أسابيع. وأنا أعني حرفياً أنه مرتبٌ ونظيفٌ بشكلٍ مثالي، ومن ثمَّ يتغير مزاجي وأعود لحالةِ الفوضى من جديد.

المعالجة: إذاً، إن إحدى المهام لكِ ولي ستكون إيجادَ طريقةٍ لجعلِ سلوككِ وما تقومين به أقلّ التصاقاً بما تشعرين به.

سارة: صحيح.

المعالجة: إن هذا سيكون، بالطبع، عملاً شاقاً جداً للقيام به، ألا تعتقدين هذا؟ لماذا ترغبين بالقيام به؟ يبدو عملاً مؤلماً بشكل كبير.

سارة: حسناً، أنا أود القيام به لأن تلك حالةٌ غيرُ مستقرة بشكلٍ كبير. إنها أسوأ؛ عندما أريد الحفاظ على ميزانيتي المالية أو أي شيء آخر، أنا أعرف أن عليّ القيام بهذه الأمور، لكني عندما لا أفعلها، فإن هذا يجعلني غاضبةً أكثر.

المعالجة: لماذا قد ترغبين، على أي حال، في القيام بأي شيء أنتِ لستِ بمزاج للقيام به؟

سارة: لأنه يتوجب عليّ ذلك؛ لأنه لا يمكنني النجاة إذا لم أفعل ما عليّ فعله.

المعالجة: تبدو لي حياةً سهلةً جدا.

سارة: نعم، لكن لا يمكنني تحملُ نفقاتِ حياتي إذا استمريتُ في هدر مالي على المتع وعلى أمورٍ سخيفة.

المعالجة: حسناً، أنا أعتقد أنه ربما يجبُ عليكِ وضع بعض الحدودِ والتأكد من عدم تجاوزها، لكن أنا أتكلمُ بشكلٍ عام؛ لم عليكِ تنظيفُ المنزلِ إذا كنتِ لستِ في مزاج للقيام بهذا؟

سارة: لأنه يُثار حنقي عندما يكون المنزل في فوضى عارمة؛ لا يمكنني إيجاد الأشياء. مثلاً، لقد أضعت فواتر في السابق وبالتالي لم أدفعها؛ ولذا، فأنا الآن مُلاحقةٌ من عِدةِ جهاتٍ لتحصيلِ تلكَ الفواتير. لا يمكنني التعامل

مع كلِّ هذه الأمور، مما ينتهي بي إلى أن أقوم بإيذاء نفسي ومن ثم الذهاب إلى المشفى؛ وبعدها أشعرُ برغبةٍ في إنهاءِ الأمر برمته. ومع كل هذا، فإنه لا يغيرُ من الأمر شيئًا، فأنا لازلتُ إن لم أكن في مزاج للتنظيف، فلن أنظف.

المعالجة: إذًا، إن حقيقة أن ذلك يجعلُ الأمورَ أسوأ في حياتكِ لم يكن حافزًا كافيًا لكِ حتى الآن على القيام بالأمور بعكسِ ما يمليه عليك مزاجك، هل هذا صحيح؟

سارة "ضاحكة": حسنًا، بوضوح، إنه لم يفعل، لأن ذلك لم يحصل.

المعالجة: ألا يخبركِ هذا شيئًا رغم ذلك؟ إن هذه ستكون مشكلة كبيرة، ألا تعتقدين هذا؟ هذه لن تكون مهمةً سهلة. إن الأمر ليس أنكِ ستدخلين إلى هنا وأنا سأغير الحال بعصا سحرية بحيث أنكِ فجأةً ستصبحين راغبةً في القيام بأمورٍ أنتِ لستِ في مزاج للقيام بها.

سارة: نعم.

المعالجة: نعم، لذا يبدو لي أنكِ إن لم تكوني في مزاج للقيام بالأشياء، إذا كنتِ تعتمدين بشدةٍ على مزاجك، فإن هذا أمرٌ عصي جدًا على التغيير. في الواقع، أنا أعتقد أنه أحد أصعب المشاكل التي قد يتم التعامل معها.

سارة: نعم، عظيم.

المعالجة: أنا أعتقد أنه يمكننا التعامل معها، بيد أنها ستكون مهمة صعبة. إن السؤالَ الجوهري هو هل أنتِ راغبة في أن تسيري في الجحيم كي تصلي إلى ما ترغبين بالوصول إليه أم لا. أنا وجدتُ الآن أن هذا هو السؤال.

سارة: حسنًا، إذا كانت ستجعلني أسعد، فنعم.

المعالجة: هل أنتِ متأكدة؟

سارة: نعم، فأنا أعاني من هذا منذ أن كنت بعمر الحادية عشرة، لقد سئمت هذا الوضع المُزر. لذا، فإما أن أقوم بهذا أو أن أموت، هذان هما الخياران المتاحان أمامي.

المعالجة: حسنًا، ولم ليس الموت إذن؟

سارة: حسناً، إذا اتجه الأمر نحو ذلك، فسأفعله.

المعالجة: مممم. لكن لِمَ ليس الآن؟

سارة: لأن هذا أملي الوحيد المتبقي. لأنه إذا كان لدي أملٌ أخيرٌ لِمَ لا آخذه؟

المعالجة: إذاً، في حال تساوت جميع الأمور، فأنتِ تفضلين البقاء على قيد الحياة على أن تموتي، هذا إذا تمكنتِ من إنهاءِ هذه المشكلة.

سارة: إذا استطعتُ تجاوزها، نعم.

المعالجة: حسنًا هذا جيد، هذا سيمدكِ بالقوة. نحن سنلعبُ على هذا، عليكِ أن تتذكريه عندما تكون الأمورُ صعبة. لكن الآن أنا أريد أن أخبرك عن هذا البرنامج، وعن كيف أشعر أنا حيال إيذائكِ لنفسكِ، وعندها سنرى إن كنتِ لا تزالين راغبةً في القيام بهذا.

الآن، إن أهم شيءٍ عليكِ فهمه هو أننا لسنا برنامجًا للوقاية من الانتحار، هذا ليس عملنا؛ نحن برنامجٌ لتحسين الحياة. والطريقة التي ننظر بها إلى الأمر هي أن العيش بطريقة مزرية هو ليس إنجازا. إذا قررنا أن نعمل سويًا، فأنا سأساعدكِ على محاولة تحسين حياتكِ إلى مستوى تكون فيه حياتكِ جيدة جدًا لدرجة أنكِ لستِ راغبةً في الموتِ أو في إيذاءِ نفسك.

ينبغي عليكِ أن تعرفي أيضًا أنني أنظر إلى السلوك الانتحاري، بما فيه شرب الكلوركس، على أنه سلوكٌ لحلِ مشكلة. كما إنني أنظر إلى إدمان الكحول على نفس النحو.

الاختلافُ الوحيدُ هو في الجروح والحروق، إنها بكل أسف تعمل فلو لم تكن كذلك لما قام بها أي شخصٍ أكثر من مرة. لكنها تعملُ فقط على المدى القصير، وليس الطويل. لذا، كي تتركي جرح نفسك، ومحاولات إيذاء نفسك، سيكون بالضبط كترك الكحول. هل تعتقدين أنها ستكون مهمة صعبة؟

سارة: إن ترك الكحول لم يكن صعبًا جدا.

المعالجة: حسنًا، بحسب خبرتي، إن ترك سلوك إيذاء النفس هو صعبٌ جدًا عادة؛ إنه سيتطلب من كلينا العمل، لكن أنتِ سيكون عليكِ تحمل الجزء الأصعب من العمل. وكما أخبرتكِ عندما تحدثنا بإيجاز، إذا أردتِ الالتزام بهذا فإنه لمدة سنة؛ علاجٌ فردي أسبوعيًا معي، ومجموعة تنمية المهارات أسبوعيًا، لذا، فالسؤال هو، هل لديكِ الرغبة في الالتزام لمدة سنة؟

سارة: لقد قلت لكِ إني قد سئمت هذه الأمور، ولذا فأنا هنا.

المعالجة: إذا أنتِ توافقين على عدم ترك العلاج خلال هذه السنة، صحيح؟

سارة: صحيح.

المعالجة: وهل تدركين أنكِ إن لم تنسحبي لمدة سنة، فإن هذا، إذا فكرتِ فيه، يُغيّبُ الانتحارَ لمدةِ سنة.

سارة: منطقيًا، نعم.

المعالجة: لذا، يجب أن نكون واضحين جدًا في هذا الخصوص، لأن هذا العلاج لن ينجع إن قتلتِ نفسك. إن أكثر هدفٍ جوهري يتعلق بالمزاج يجب علينا العمل عليه هو أنه مهما كان مزاجكِ فإنك لن تقتلي نفسكِ أو تحاولي فعل هذا.

سارة: حسنا.

المعالجة: لذا، فإن ذلك هو ما أراه الأولوية الأولى، ليست الوحيدة لكنها الأولى، وهي أن نعمل على ذلك، وحملكِ على الموافقة، والالتزام فعلاً، بالبقاء على قيد الحياة وعدم إيذاء نفسكِ وألا تحاولي الانتحار بغض النظر عن مزاجك. الآن، السؤال هو هل أنتِ موافقة على هذا؟

سارة: نعم، أنا موافقة على هذا.

المعالجة: لِمَ توافقين على هذا؟

سارة "ضاحكة": لا أعرف.

المعالجة: أعني، أليس من الأفضلِ لكِ أن تكوني في علاج حيث يمكنكِ قتلُ نفسكِ إن رغبتِ بهذا؟

سارة: لا أعرف. أعني، لم أفكر مطلقًا بالأمر على هذا النحو.

المعالجة: مممم.

سارة: أنا أرغب في أن أكون قادرةً على بلوغ نقطةٍ أشعرُ بها أنه لا يتمُ إجباري على الحياة.

المعالجة: إذًا، أنتِ توافقينني لأنكِ تشعرين أنكِ مجبرةٌ على الموافقة؟

سارة: أنتِ تستمرين في طرح كل هذه الأسئلة!

المعالجة: ماذا تعتقدين؟

سارة: لا أعرف ماذا أعتقد الآن بصراحة.

المعالجة: إذًا أنتِ تشعرين، نوعًا ما، أنه قد تمت مُحاصرتكِ من قِبلي؟

سارة "تبدأ بالبكاء": كلا.

المعالجة: ما الذي حصل للتو؟

سارة "بعد برهة من الصمت": لا أعرف، أعني، لا أعتقد أنني راغبةٌ فِعلاً بقتل نفسي. أنا فقط أشعر وكأنني مجبرةٌ على هذا. لا أعتقد أيضًا أنه أمرٌ متعلق بالمزاج. أنا فقط أعتقد أني أرغب بذلك عندما أشعر أنه ليس هناك من خيار آخر. أنا أقول لنفسي: "إنه لا يوجد خيارٌ آخر، لذا افعليها". والآن أنا لا أجد أي بصيص أمل. أنا ذاهبة إلى علاج أعتقد أنه جيد. أعني، أنا أعرف أنه جيد، لكني لا أرى أي شيءٍ أفضلَ مما كان عليه في ذلك اليوم الذي حاولت فيه قتل نفسي.

المعالجة: حسنًا، هذا ربما يكون صحيحا؛ ربما إنه ليس أفضل أبدا. أعني، محاولتكِ قتل نفسكِ لا تحل المشاكل عادة، رغم أنها قد فعلت أمرًا لك.

سارة: إنها أوصلتني إلى العلاج.

المعالجة: نعم، إن طرحي لكل تلك الأسئلة عليكِ قد جعلكِ تبكين. يبدو أنكِ تشعرين بحالٍ سيئةٍ جدا.

سارة: أنا فقط مثقلة الكاهلِ جدًا، أعتقد أنني مسحوقة، ربما هذه هي الكلمة.

المعالجة: هذا أحد الأسباب في أننا نقوم بهذا الحوار الآن؛ كي نحاول بناءَ علاقةٍ بيننا تكون واضحة لكيلينا بجلاء. ولهذا السبب، على الأقل، سوف نقطع الحديث عن كم أنتِ مسحوقة بأن لا تحدثني عما يحصلُ معك. هل اتفقنا؟

سارة: مممم.

المعالجة: وأنا أريد فقط أن أكون واضحةً في تحديدِ ما هو هدفنا الأول، وكم سيكون الأمرُ صعبًا، لأنه إن أردتِ الانسحابَ فالآن هو الوقتُ المناسبُ لهذا، هذا لأنني سآخذكِ بجديةٍ إذا قلتِ نعم أريد فعلها.

سارة: لا أريد التراجع.

المعالجة: حسنًا، جيد. الآن أريد أن أقول لكِ أن هذه تبدو فكرة سديدة بالنسبةِ لكِ في هذه اللحظة، فأنتِ في مزاج نشيطٍ نوعًا ما اليوم؛ لذا، فأنتِ تريدين البدء في برنامج جديد. لكن ربما بعد خمس ساعات لن تبدو لكِ فكرة جيدة. إن الأمر أشبه بأنه من السهل جدًا الالتزام بحميةٍ غذائيةٍ بعد تناول وجبة طعام كبيرة، لكن الأمر أكثر صعوبة بكثير عندما يصبح المرء جائعا. بيد أننا سنعمل على كيفية جعلها تبقى تبدو لكِ فكرة جيدة. سيكون الأمر صعبًا، لكن أنا لدي ثقة. أعتقد أن بإمكاننا العمل سويًا بنجاح.

الباب السادس والعشرون
أعطوني مسكنًا للألم وإلا...

(Barlow 2014: 452-447)

رجل الكهف: والآن، إليكما وقائع جلسةٍ حصلت بعد نحو أربعة أشهر من بدء سالي التزام العلاج:

المعالجة: حسنًا، لقد كنتِ هنا الأسبوع الماضي تقولين لي أنكِ لن تؤذي نفسكِ مجددًا أبدًا لأن هذا عملٌ سخيفٌ جدًا، وأنكِ لا تستطيعين الاستمرار بذلك السلوك، لقد قلتِ لي أنكِ لن تؤذي نفسكِ مرةً أخرى على الإطلاق. إذًا، دعينا نرى كيف انهار كل ذلك يوم الأحد كي نتعلم منه. لذا، متى بدأتِ تشعرين بالدافع لإيذاءِ نفسك؟

سالي: قدمي بدأت تؤلمني يوم الأربعاء. بدأتُ أشعرُ بألم كبير.

المعالجة: إنها لم تكن تؤلمكِ قبلَ ذلك؟

سالي: كلا.

المعالجة: إذًا، هل كانت الأعصابُ ميتة قبل ذلك أو شيئًا من هذا القبيل؟ وبالتالي فقد بدأتِ تشعرين بألم كبيرٍ فجأة! متى بدأتِ تشعرين بالألم، ومتى بدأتِ تشعرين بالدافع لإيذاءِ نفسك؟

سالي: في الوقتِ نفسه.

المعالجة: هل بدآ سويًا في اللحظةِ نفسها؟

سالي: تقريبا.

المعالجة: كيف يمكن للشعور بالألم أن يكون محرضًا للدافع إلى إيذاءِ النفس؟ هل تعرفين كيف يتم هذا؟ كيف تنتقلين من واحدٍ إلى الآخر؟

سالي: لا أعرف. ربما لم تبدأ حتى يوم الخميس. لقد قلتُ للممرضة: "انظري، أنا في ألم شديد، إنني أرمي طعامي لأن الألمَ شديدٌ جدًا"، ولقد حاولت الممرضة؛ لقد اتصلت بالطبيب وقالت له إنني في ألم شديدٍ وسألَته إن كان بإمكانها اعطائي بعض مسكنات الألم، لكن كلا! لذا، لقد بقيت أكرر مطلبي، والإجابة بقيت كلا، وأنا بدأت أصبح عصبيةً أكثر فأكثر. ومن ثمَّ، فقد شعرتُ وكأنه يجب عليَّ أن أريهم أنها تؤلم فعلاً لأنهم لم يصدقوني.

المعالجة: إذًا، دعينا نفهم الأمر؛ أنتِ تفترضين أنهم لو صدقوا أنها تؤلمكِ بالدرجةِ التي تصفينها أنتِ، فإنهم في الواقع سيعطوكِ مسكنًا للألم؟

سالي: نعم.

المعالجة: حسنًا، هذا هو مكمن تفكيركِ الخاطئ؛ هذه هي المشكلة. هل ترين؟ إنه من الممكن كثيرًا أن الناس يعرفون كم أن الألم شديدٌ لكنهم مع هذا لا يعطوكِ أي دواء.

سالي: أنا أعتقد جازمةً، ولقد كتبت هذا أيضًا في اليوميات، لو تم اعطائي مسكنًا للألم عندما احتجته فعلاً، فإنني لم أكن لأفكر مجرد تفكير بإيذاء نفسي.

المعالجة: دعيني أسألكِ، وعليكِ أن تتخيلي هذا، دعينا نتخيل أننا نحن الاثنتان جالستان على طوفٍ في وسط المحيط. نحن على الطوف لأن قاربنا قد غرق. وعندما غرق القارب، فإن قدمكِ قد جرحت جرحًا بليغًا، ولقد حاولنا تغطية الجرح بأفضل ما أمكننا، بيد أنه ليس لدينا أي مسكنٍ للألم. ونحن على الطوفِ سويًا وقدمكِ تؤلمكِ فعلاً، وسألتني أن أعطيكِ مسكن ألم، وأنا قلتُ كلا. هل تعتقدين أنكِ ستشعرين بدافع لإيذاءِ نفسكِ وأن تجعلي الأمر أسوأ؟

سالي: كلا. تلك ظروفٌ مختلفة.

المعالجة: حسنًا، ماذا لو كان لدي مسكنٌ للألم لكنني قلتُ كلا لأن علينا أن نحتفظ به، ماذا تعتقدين؟

سالي: إذا بدا لي ذلك منطقيًا فسأتقبله، ولن أرغب في إيذاء نفسي.

المعالجة: ماذا لو قلت كلا لأني لا أريدك أن تصبحي مدمنة على المسكنات؟

سالي: سأرغب في إيذاء نفسي.

المعالجة: حسناً، لقد قمنا باستيضاح الأمر. إن الألم ليس هو المسبب للرغبة في إيذاء النفس، بل إن السبب هو أن شخصًا ما لا يعطيكِ شيئًا ما ليساعدكِ عندما تعتقدين أن بإمكانهم فِعلُ ذلك لو أرادوا.

سالي: نعم.

المعالجة: إذًا، بكلماتٍ أخرى، إيذاءُ نفسكِ هو سلوكُ تواصل، حسنًا؟ لذا، فإن ما يتوجب علينا فعله هو إيجاد طريقةٍ لسلوكِ التواصل كي نوقف العمل.

سالي: لم؟

المعالجة: لأنك لن تتوقفي عن فِعلها حتى تتوقف هي عن أن تكون وسيلة ناجعة. إن الأمر أشبه بأن تحاولي الحديث مع شخصٍ ما في حين أنه لا يوجد أحدٌ في الغرفة، فأنتِ تتوقفين عن الحديث معهم. أو أن تتوقفي عن الحديثِ عبر الهاتف إذا انقطع الاتصال.

سالي: لقد حاولتُ لثلاثِ ليالٍ متواصلةٍ بطريقةٍ حازمةٍ بشكلٍ مثالي ولقد عبرتُ لهم بوضوح كم أنني أشعر بالألم.

المعالجة: هل تعرفين، أعتقد أنني سأتبادل المواقع معك. أنتِ لا تسمعين ما أقوله.

سالي: ولقد استمروا بقول كلا، وعندها لمع في ذهني بريق أمل ضعيف.

المعالجة: أنا أفكر في تبادل المواقع بيني وبينك.

سالي: وكان الأمر أشبه ب "والآن، هل يمكنكم أن تقولوا إنها لا تؤلم بشدة؟".

المعالجة: أنا أفكر في تبادل المواقع بيني وبينك.

سالي: لماذا؟

المعالجة: لأنكِ لو كنتِ جالسة هنا، مكاني، أعتقد أنك سترين أنه مهما يكن الألمُ شديدًا، فإن إيذاءَ نفسكِ كي تحصلي على مسكنٍ للألم ليس بالاستجابة المنطقية. ربما لم يكن موظفو المشفى منطقيين أيضًا، ربما كان يتوجب عليهم أن يعطوكِ مسكن ألم، لكننا لسنا بحاجة لأن نقولَ إنهم كانوا مخطئين كي نقولَ إن إيذاءَ نفسكِ لم يكن الاستجابة الملائمة!

سالي: كلا، لا أعتقد أنها كانت الاستجابة الملائمة.

المعالجة: جيد. إذًا، إن ما يتوجب علينا فعله هو إيجاد طريقة كي لا تعاودكِ تلكَ الاستجابةُ مجددًا حتى ولو لم يتم إعطاءكِ مسكن ألم. حتى الآن، لقد كانت تعملُ بفعاليةٍ كوسيلةٍ تواصل. وإن الطريقة الوحيدة لإيقافها هي بجعلها وسيلةً غيرَ مجدية. بالطبع، سيكون من الجيد أن نجعلَ أمورًا أخرى تعمل. إن مِحورَ مُجادلتك هو "حسنًا، إن لم أكن قادرة على الحصول عليها بهذه الطريقة، إذًا يجب أن أحصل عليها بطريقة أخرى".

سالي: لقد حاولتُ هذه المرة!

المعالجة: نعم، أعرفُ أنكِ فعلت، أعرفُ أنكِ فعلت.

سالي: كان هناك سيدةٌ في الرواق تُعالَجُ من السكري، وكانت حالتها سيئة جدًا، ولقد أعطوها مسكنًا للألم.

المعالجة: الآن نحن لسنا على نفسِ الموجةِ في هذا الحوار.

سالي: بل نحن كذلك. على أي موجةٍ أنتِ الآن؟

المعالجة: أنا على الموجةِ بأنه ربما كان من المنطقي لكِ أن تحصلي على مسكنِ الألم، وأنا بشكلٍ مؤكدٍ أتفهمُ حاجتكِ له. لكنني أقولُ أيضًا إنه بغض النظر عما يحدث، فإن إيذائكِ لنفسكِ هو أمرٌ لا نريدُ له أن يحصل.

أنتِ تتصرفين وكأنني إذا أقررتُ معكِ على أنه يجبُ أن تحصلي على مسكنٍ للألم، فإنني ربما عندها أعتقدُ أن ذلكَ مقبول.

سالي: ممممم.

المعالجة: أنتِ تتكلمين عما لو كان يتوجبُ عليهم إعطائكِ مسكن الألم أم لا. أنا لا أتكلمُ عن هذا. حتى ولو توجبَ عليهم فِعلُ هذا، فإن علينا أن نجدَ ما الذي عليكِ فِعله دون إيذاءِ نفسك.

سالي: لقد جربتُ بعضًا من تلكَ الأشياءِ لتحملِ المِحن لكنها لم تجدي نفعا.

المعالجة: حسنًا، لا تقلقي، سنجدُ طريقة. أريدُ أن أعرف كلَّ ما جربته. لكن أولاً أريدُ أن أتأكدَ من أن الصورة واضحةٌ لدي. هل الرغبةُ بدأت تتشكلُ بعدَ يوم الأربعاءِ وأصبحت تزداد سوءًا مع الوقت؟

سالي: نعم. فإن لم يرغبوا بالاستماع إلي، فإنه بإمكاني عندها أن أريهم.

المعالجة: حسنًا، إذًا، لقد كنتِ تفكرين "إذا لم يستجيبوا لي، سأريهم"، ومتى بدأت هذه الفكرة بالظهورِ أولَ مرة؟ هل كان هذا يوم الأربعاء؟

سالي: نعم.

المعالجة: حسنًا، يجبُ علينا إيجادُ طريقةٍ لكِ كي تتحملي الأمورَ السيئة بدونِ إيذاءِ نفسك. لذا، دعينا ننظر في كلِّ الأمورِ التي جربتها، وبعدها يجبُ أن نجدَ أمورًا أخرى لأن تلكَ الأمور التي جربتها لم تنفع. حسنًا، ما هو الأمر الأول الذي جربته؟

سالي: لقد اعتقدت أنه لو استمريت على الحاحي الجازم فإن التدابير اللازمة سيتم فعلها.

المعالجة: حسنًا، لكن هذا لم يجدي نفعا؛ لماذا إذن لم تؤذي نفسكِ عندها؟

سالي: لم أرغب بذلك.

المعالجة: لماذا لم ترغبي بذلك؟

سالي: لم أرد أن أجعل الأمر أسوأ.

المعالجة: إذاً، لقد كنتِ تفكرين بالإيجابيات والسلبيات. "لو جعلتُ الأمر أسوأ، فأنا سأشعر أسوأ"؟

سالي: نعم.

المعالجة: ذلك تفكيرٌ جيد؛ أن تفكري بالمزايا والعيوب للقيام بذلك. حسنًا، وعند تلك النقطة، قد رجحت كفة العيوب على كفة مزايا أن تجعلي الأمر أسوأ. حسنًا، إذن أنتِ تبلين بلاءً حسنًا في الصراع هنا. الآن أخبريني، ما الذي جربتهِ أيضًا؟

سالي: لقد حاولت الحديث عن الأمرِ مع مرضى آخرين.

المعالجة: وما الذي قالوه؟

سالي: لقد قالوا إنه يجب عليَّ الحصول على مسكن ألم.

المعالجة: حسنًا، لكن هل قالوا إنه يجب عليكِ جرح نفسكِ أو إيذاء نفسكِ لو لم تحصلي عليه؟

سالي: كلا. لقد حاولت أن أحول تركيزي عن ألمي بعزفِ الموسيقى، والقراءة، وحلّ الكلماتِ المتقاطعة.

المعالجة: ممم. هل حاولتِ التقبل الراديكالي؟

سالي: وما هو؟

المعالجة: إنه عندما تدعين الأمر يمر وتتقبلين تلك الحقيقة أنكِ لن تحصلي على مسكن الألم، وتتقبلين أن الأمر لن يحصل، وأن عليكِ أن تتعاملي مع الأمر بطريقةٍ أخرى.

سالي: نعم، لقد فعلتُ هذا بالأمس. لقد تطلبَ الأمرُ قليلاً من الآتيفان كي أصل إلى ذلك، لكنني وصلت إليه.

المعالجة: البارحة؟

سالي: نعم. لقد أخذتُ قيلولة، وعندما استيقظتُ قلتُ حرفيًا: "إنهم لن يتغيروا، لذا فإن عليكِ أن تتعاملي مع الأمر بأفضلِ ما يمكنك".

المعالجة: وهل هذا التقبلُ قد ساعدَ بعض الشيء؟

سالي: إنني ما أزال غاضبة جدًا حيالَ ما أعتقدُ أنه تمييزٌ ضدَ الشخصياتِ الحدية، إنني ما أزال غاضبة جدًا حيالَ هذا.

المعالجة: حسنًا، لكن هل ساعدكِ، رغم ذلك، على التعاملِ مع الوضع؟

سالي: مممم.

المعالجة: هذا جيد. هذا رائع. إنها مهارةٌ عظيمة، شيءٌ عظيمٌ لتمارسيه. عندما تكونين فعلاً مضغوطة، عندما تصلُ الأمورُ إلى حدودها القصوى، عندما تكون الأمورُ في أسوأ ما يمكنها أن تكون عليه، فإن التقبل الراديكالي هو المهارة التي عليكِ ممارستها.

والآن دعينا نعودُ إلى كيفيةِ استسلامكِ للدافع. لأنكِ حتى تلك اللحظة، كنتِ تبلين بلاءً حسنًا جدًا في إدارة الصراع، أليس كذلك؟

حسنًا، بالنسبةِ لك، عادةً، نحن نفترض أن هناك شيئًا ما آخر قد حصل. لذا، دعينا نستعرضُ يومَ الأحد كي نرى إن كان هناك أي حالةٍ في علاقاتكِ الشخصيةِ ذلك اليوم قد جعلتكِ تشعرين أنكِ مُنتقدةٌ، أو غير محبوبة، أو غير مقبولة.

سالي: حسنًا، يوم السبت كنت مستاءةً جدًا ولقد ذهبتُ إلى اجتماعٍ لمدمني الكحول المجهولين. فخطرَ في ذهني كيف أن الكحول يذهبُ الألم، فذهبتُ أجولُ في الحي بحثًا عن أي متجر مفتوح؛ لقد أردتُ أن أسكر. إلى هذا الحدِ كان تأثير ألمي عليّ. لكني لم أجد أي متجر مفتوح، لذا فقد عدت أدراجي إلى المشفى.

المعالجة: إذًا، لقد راودتكِ فكرة معالجةِ ألمكِ بواسطة الكحول لكنكِ لم تجدي، لذا فقد قفلتِ عائدةً إلى المشفى، لقد كان ألمكِ شديدًا، وبعدها ماذا حصل؟

سالي: لقد قلتُ للممرضة: "أنا صاحية لنحو عشر سنوات، وهذا هو الدافعُ الأولُ لي كي أسكر، إن ألمي شديدٌ إلى هذا الحد"، لكنها لم تستمع لي.

المعالجة: ولهذا فقد فكرتِ في فِعلها؟

سالي: نعم.

المعالجة: نعم. لأن ذلك هو مستوى عالٍ من التواصل، إنه كالتهديدِ بالانتحار. جيدٌ جدًا على أي حال. إني أريدكِ أن تعرفي أنه أفضلُ من التهديد بالانتحار لأن هذا يعني أنكِ قد خففتِ من حِدةِ تهديداتك.

سالي: ولقد أخبرتها كيف أشعرُ حيالَ الأمر، لقد اعتقدتُ أن هذا سيحل المشكلة. لكن الطبيبَ بقي لا يتزحزح عن موقفه.

المعالجة: ما الذي فعلتِه؟ هل قالت إنها ستتصل؟

سالي: لقد اتصلت.

المعالجة: حسنًا، وماذا حصلَ بعد ذلك؟

سالي: لقد عادت، وكانت لطيفة حقًا، واكتفت بالقول: "أنا آسفةٌ بالفعل، لكن الطبيبَ قالَ كلا".

المعالجة: وهل شعرتِ بالغضب عندها؟

سالي: لا أعرف إن كنت بالفعل غاضبة، لكني شعرتُ بالألم.

المعالجة: أوه، حقًا؟ هذا مثيرٌ للاهتمام. إذن، لقد شعرتِ بالألم.

سالي: لأني انتهيتُ إلى إيذاءِ دبدوبي **teddy bear** والبكاءِ لمدةٍ من الزمن.

المعالجة: قبلَ أم بعدَ قراركِ بإيذاءِ نفسك؟

سالي: قبل.

المعالجة: حسنًا، إذن لم تقرري على الفور إيذاءَ نفسك. لقد كنتِ تفكرين بالأمر. لكن متى قررتِ فعل ذلك؟

سالي: لاحقًا يوم السبت.

المعالجة: متى؟

سالي: بعد أن سئمتُ من البكاء.

المعالجة: إذن لقد استلقيتِ على السرير وبكيتِ وأنتِ تشعرين بالألم، وبأنه لا يتم الاعتناءُ بك، ربما بالهجران، وبأنكِ غير محبوبة، كما لو كنتِ شخصًا لا يستحق أن تتم مساعدته.

سالي: نعم.

المعالجة: تلك بالفعل استجابةٌ تكيفية. ذلكَ هو ما أحاولُ تعليمكِ إياه. باستثناءِ أنكِ قد فعلتِه مُسبقًا دون أن أعلمكِ إياه.

إذن، كيف انتقلتِ من البكاءِ، والشعور أنكِ غير محبوبة، وأنه لا أحد يهتم بكِ، وأنتِ تبكين وتنتحبين، كيف انتقلتِ من هذا إلى أن تقرري إيذاءَ نفسكِ بدلَ أن تذهبي للنوم مثلا؟

سالي: لأنني عندها أصبحتُ غاضبة جدًا، وقلتُ لنفسي: "اللعنة، سأريه".

المعالجة: هل انتهيتِ من البكاءِ قبلَ أن تصبحي غاضبة، أم أن الغضبَ هو ما جعلكِ تتوقفين عن البكاء؟

سالي: أعتقد أن الغضبَ هو ما جعلني أتوقف عن البكاء.

المعالجة: إذًا، وكأنكِ أصبحتِ أكثر امتلاءً بالطاقة. إذًا، لا بد أنكِ كنتِ مستغرقةً في أفكاركِ بينما كنتِ مستلقيةً هناك. ما الذي كنتِ تفكرين فيه؟

سالي: لوقتٍ طويل، كنت أنتظر وحسب أن يأتي شخصٌ ما ويهتم بي.

المعالجة: مشاعرٌ معقولةٌ جدًا، بل منطقيةٌ إلى أبعدِ الحدود. لكن ربما كان بإمكانكِ عندها أن تتصرفي على نحو مختلف. ما الذي كان سيحصل لو أنكِ طلبتِ من الممرضةِ أن تأتي إليكِ وتتحدث معكِ وتمسك بيدك؟

سالي: ليس لديهم الوقتُ لفعل هذا.

المعالجة: حقًا؟ على أي حال، هل تعتقدين أن ذلك كان ليساعد؟

سالي: لا أعرف. إنها لم تكن لتساعدني.

المعالجة: كان بإمكانها جعلكِ تشعرين أنه يتم الاهتمام بك.

سالي: نعم، لكن لا أعتقد أن ذلك كان ليساعد.

المعالجة: وما الذي كان ليساعد؟

سالي: حصولي على مسكن للألم.

المعالجة: لقد توقعت أن تقولي هذا. إن دماغكِ موجهٌ باتجاهٍ واحدٍ فحسب. الآن اسمعي، يجب أن نجدَ شيئًا آخر ليساعدكِ لأنه لا يمكن ألا يكون هناك شيء آخر يمكنه المساعدة. لا يمكن أن تكون تلك هي الطريقة التي يعملُ بها العالمُ بالنسبةِ لك. لا بد أن هناك أكثر من طريق للوصول إلى أي وجهة لأننا جميعًا نصطدم بصخورٍ أثناء مسيرنا.

إن الحياة هي كالمسير في ممر كما تعرفين، وكلنا نصطدم بصخورٍ في هذا الممر. لا بد من أن هناك ممرات أخرى تفضي لوجهاتنا. وبالنسبةِ لك، إنه ليس الألمُ في كاحلكِ هو المشكلة في واقع الأمر، إنه الشعورُ بأنه لا أحدَ يهتمُ بك. وربما شعورٌ له علاقةٌ بالغضب، أو الشعور بأن أشخاصًا آخرين لا يحترمونك؛ شعورٌ بأنك مُتجاهلة.

سالي: نعم.

المعالجة: لذا، فأنا أعتقد أنه ليس الألم في كاحلك هو المشكلة في واقع الأمر، لأنكِ لو كنتِ معي على ذلك الطوف، لكنتِ قادرةً على تحمل الألم لو لم يكن بحوزتي أي دواء، أليس كذلك؟ لذا، إنه ليس الألمُ في الحقيقة، إنه الشعورُ بأنكِ مُتجاهلة وأنه لا يتم الاعتناءُ بك. هذا هو تخميني، هل تعتقدين أنه صحيح؟

سالي: نعم.

المعالجة: انظري، إن السؤال هو، هل توجد أي طريقةٍ أخرى بالنسبةِ لكِ كي تشعري بأنكِ غير مُتجاهلةٍ، وبأنه يتم الاهتمام بكِ، غير أن يقوموا هم بتقديم هذا لك؟

سالي: كلا.

المعالجة: هل هذا حاسمٌ، بمعنى "أنا لن أسمح بوجود أي طريقة أخرى"، أم أنه منفتحٌ على نحو "أنا لا أستطيعُ التفكيرَ بطريقةٍ أخرى، لكنني منفتحة على الاحتمالات"؟

سالي: لا أعتقد أن هناك طريقةٌ أخرى.

المعالجة: هل هذا يعني أنكِ حتى غيرُ منفتحةٍ على تعلم طريقةٍ أخرى؟

سالي: مثل ماذا؟

المعالجة: لا أعرف. يجب أن نجدها سويا. أنظري، ما أعتقد أنه يحصلُ هو أنكِ عندما تكونين متألمة جدًا، وتشعرين إما بأنه لا تتم رعايتك، أو لا يتم أخذكِ على محملِ الجد، أو أنكِ مُتجاهلة، فإن هذا ما يجعلكِ تؤذين نفسكِ، وأيضًا ترغبين في الموت. إن المشكلة التي علينا معالجتها هي كيف تكونين أنتِ في حالةٍ تشعرين فيها أنكِ مظلومة دونما أن تُضطري لإيذاءِ نفسكِ لمعالجةِ الأمر. هل أنتِ منفتحةٌ على هذا؟

سالي: نعم.

الباب السابع والعشرون
عبّري عن غضبك يا صوفي

(Barlow 2014: 452-453)

رجل الكهف: أما الآن، فإني سأنتقل بكما إلى جلسةٍ حصلت بعد نحو عشر أشهر من بدء العلاج، حيث كانت صوفي غاضبة لأن وكالات تحصيل الديون تلاحقها بإصرار لإجبارها على دفع بعض الفواتير المتأخرة، وبالإضافة إلى هذا، فإن مُعالِجتها كانت خارج المدينة لمدة أسبوع.

دخلت صوفي الجلسة وهي ترتدي نظارة شمسية ذات مراءٍ، وقد سبق لها فعل هذا الأمر في السابق.

المعالجة: إنها ليست كارثة أن يفعل المحصل هذا لكِ، كما أنها ليست كارثة أن تكوني غاضبة منه. صحيحٌ أنها تجعلُ حياتكِ أصعب، لكن يمكنكِ التعاملُ مع الأمر. إنه ليسَ أمرًا يفوق قدراتكِ على التعاملِ معه. أنتِ بالفعلِ امرأةٌ قوية، إن القوة موجودةٌ في داخلكِ، لكن عليكِ استخراجها؛ عليكِ استخدامها. أنا راغبةٌ في مساعدتكِ لكن لا يمكنني فعلُ هذا لوحدي، عليكِ العمل معي أيضا.

صوفي: كيف؟

المعالجة: حسنًا، بخلع نظارتك كبداية.

صوفي: لقد عرفتُ أنكِ ستقولين هذا.

المعالجة: وأنا عرفتُ أنك عرفتِ أنني سأقولُ هذا.

صوفي: النظارة الشمسية هي عاهرتكِ الكبرى كما أعتقد.

المعالجة: حسنًا، كيف سيكون شعوركِ وأنت تنظرين إلى نفسكِ بينما تتكلمين مع شخصٍ آخر؟ [صمتٌ طويلٌ]

النظارة تجعل الأمر صعبًا علي. وأعتقد أنها تجعله صعبًا عليك أيضا. أعتقد أنك تبلين بلاءً أفضل عندما لا ترتدين هذه النظارة. إنها كخطوة، أنتِ دائمًا تبلين بلاءً أفضل عندما تتقدمين. وعندما تفعلين هذا، تشعرين بتحسن. لقد لاحظتُ هذا الأمر. [صمتٌ طويلٌ]

لذا، فإن هذا ما عليكِ فعله؛ عليكِ خلعُ نظارتكِ، وعندها يتوجبُ علينا حل مشكلةِ كيفيةِ تعاملكِ مع الأمور عندما لا تستطيعين أن تكوني غاضبة. لا يوجد شيءٌ مفزعٌ في الأمر. شيءٌ ما حصلَ في حياتكِ مما جعلكِ قلقة من أن تكوني غاضبة، ويتوجبُ علينا التعاملُ مع هذا، أنتِ وأنا.

إنها فقط مشكلةٌ يجبُ حلها. إنها ليست كارثة. إنها ليست أسوأ شيء قد فعله أي شخص. إنها فقط مشكلةٌ لديكِ، وهذا هو ما نفعله أنتِ وأنا؛ نحن نحلُّ المشاكل؛ نحن فريقٌ لحلِّ المشاكل. [صمتٌ طويل]

صوفي "وهي تخلع نظارتها": حسنا.

المعالجة: شكرًا لك. هذه خطوةٌ كبيرة، أعرفُ هذا، بالنسبةِ لك. والآن، هيا، أريدكِ أن تجديها في داخلك. أنا أعرفُ أنكِ تحوزينها، أعرفُ أن بإمكانكِ القيام بها. لا يمكنكِ الاستسلام، لا يمكنكِ السماحُ لنفسكِ بالانزلاق. تابعي المسير. فقط عبّري لي عن مشاعركِ بشكلٍ مباشر؛ أنكِ غاضبةٌ من نفسك، وأنكِ غاضبةٌ من وكالةِ تحصيل الديون، وأنكِ غاضبةٌ مني. [صمتٌ طويل]

صوفي "بالكاد مسموعة": أنا غاضبةٌ منكِ، ومن نفسي، ومن وكالة تحصيل الديون.

المعالجة: جيد. هل قتلكِ هذا؟ [صمتٌ طويلٌ]

إنه أمرٌ رائع. هل كان صعبًا جدا؟ [صمتٌ طويلٌ]

لقد كان صعبًا، أليس كذلك؟ الآن كرري ما قلتهِ بقوة، ألا يمكنك قوله مع بعض الطاقة؟

صوفي "تحرك يدها بالنفي".

المعالجة: بلى، يمكنك. أعرف أنها موجودة داخلك. إن لدي إحساسًا قويًا بمكامن قوتك. لا أعرف كيف تشكل لدي هذا الإحساس الجيد، لكنه موجود. وأنا أعرف أن بإمكانكِ فِعلها، وأنكِ بحاجةٍ لفعلها، وأنكِ بحاجةٍ لقولها مع بعض الطاقة. عبّري عن غضبك. لستِ بحاجةٍ للصراخ، أو العويل، أو رمي الأشياء. فقط قوليها بصوتٍ مسموع "أنا غاضبة!" [صمتٌ طويلٌ] يمكنكِ الصراخ، بالطبع، إذا أردت. يمكنكِ أن تقولي "أنا غاضبة!".

صوفي: ذلكَ هو كلُّ ما بإمكاني فعله.

المعالجة: اسمعي، يجب عليكِ أخذ المخاطرة. أنتِ كشخصٍ يتسلق جبلًا، ولقد وصلت إلى صدعٍ عميق، لكن لا يمكنك التراجع لأن هناك انهيارًا ثلجيًا، وإن الطريقة الوحيدة لكِ كي تتقدمي هي القفز فوق هذا الصدع. يجبُ عليكِ فعلها. قولي لي كم أنتِ غاضبةٌ بطريقةٍ تجعلني أفهمُ تمامًا ما تشعرين به.

صوفي: [صمتٌ طويلٌ] لا يمكنني فعلُ هذا.

المعالجة: هذا هراء.

صوفي: أنت تريدين أن تجعليني غاضبة منك، أليس كذلك؟

المعالجة: لا يهمني ممن ستغضبين، أعتقد أنكِ بالفعلِ غاضبة، أنا أريدكِ فقط أن تعبري عن غضبك. لن أطلبَ منكِ أن تفعلي أي شيءٍ آخر اليوم. بالمناسبة، أنا أرى أن الشيء الوحيد الذي عليكِ فعله اليوم هو أن تقولي "أنا غاضبة" بصوتٍ غاضب؛ وأنا أجدُ أنك قادرة على فعل هذا. وإنني ربما سأغضبُ إن لم تفعلي هذا. لا أعتقد أنني سأغضب لكن ربما.

حسنًا، يمكنني أن أغضب، وأنت يمكنكِ أن تغضبي، يمكننا أن نغضبَ أحيانًا، وإن هذا لن يقتلَ أيًا منا.

حسنًا، أخبريني كم أنتِ غاضبة؟ كم ستحددين درجة غضبكِ على مقياسٍ من صفر إلى مئة؟ بدرجةِ مئةٍ أنتِ جاهزةٌ لقتلِ أحدهم، أنت ساخطة، أنت قد تذهبين للحرب لو أمكنك.

صوفي "بالكاد مسموعة": ربما مئة.

المعالجة: حقا؟

صوفي: إنهم يعرفون وضعي.

المعالجة: مممم.

صوفي: إنهم مثابرون.

المعالجة: مممم. [صمت]

من هو الأكثر أمنًا كي تكوني غاضبة تجاهه؟ نفسك، أم أنا، أم وكالة التحصيل؟

صوفي: وكالة التحصيل.

المعالجة: حسنًا، أخبريني إذن كم أنتِ غاضبة. ليس عليكِ أن تُظهري هذا بدرجة مئة، حاولي إظهاره بدرجة خمسين.

صوفي "بصوتٍ مسموعٍ غاضب": إنهم فعلاً قد أفقدوني أعصابي.

المعالجة: حسنًا، هذا صحيحٌ تمامًا، إنهم يفقدوني أعصابي أيضا.

الباب الثامن والعشرون
انتحار سيندي

(Barlow 2014: 442-439/454-453)

لوسيل "بحماسها الطفولي": أشكرك على هذا السرد، لقد لاحظتُ بعض الأساليب التي يعتمدها المعالج في العلاج السلوكي الجدلي. على أي حال، بما أنك قد أشرتَ سابقاً إلى أن هذا العلاج مصممٌ للتعاملِ مع الحالاتِ ذاتِ النزعاتِ الانتحارية الشديدة والحالاتِ المستعصية على العلاج، وقلت لنا أنه قد أثبت فعاليته في هذا، فإن لدي سؤالاً خطر في بالي ألا وهو: هل ينجح العلاج السلوكي الجدلي بنسبة مئة بالمئة في مهمته هذه؟

رجل الكهف: إذا قالَ لكِ شخصٌ ما أن هناك علاجًا في العالم كله يمكنه أن ينجح مع جميع الحالات بنسبة مئة بالمئة فهو يكذب عليك.

من الممكن أن يكون علاجٌ ما قد نجحَ مع جميع الحالات التي قد تمت تجربته عليها بنسبة مئة بالمئة بيد أن هذا لا يعني بالضرورة أنه سيتابع بنفس وتيرة النجاح دائمًا، وبالنسبة للعلاج السلوكي الجدلي، فإن لدي قصة فشلٍ قد حصلت مع مُبتدعةِ هذا العلاج، مارشا م. لينهين، شخصيا.

لوسيل "بحزن": اقصصها علينا.

رجل الكهف: هي قصة شابةٍ في الثلاثين من العمر، متزوجةٌ وليس لديها أطفال لحسن الحظ، كانت تعيش مع زوجها في حي يقطنه أبناء الطبقة المتوسطة، لديها تحصيل جامعي، وقد أتمت عامين تقريبًا في دراسة الطب.

وتبدأ قصتنا عندما وصل طبيبها النفسي بعد عامين ونصف من العلاج إلى مرحلة أنه لا يريد أن يقدم لها أكثر من العلاج الدوائي، وهذا عقب إدخالها المشفى على إثر محاولة انتحار جادة. ولهذا السبب، يا داني، فقد تم تحويلها إلى مارشا م. لينهين كي تحاول معالجتها.

والحق أن سيندي كانت قد أدخلت المشفى في العامين السابقين عشر مرات على الأقل للعلاج النفسي من الأفكار الانتحارية، وأقامت في المشفى ستة أشهر في إحدى هذه المرات العشر.

لقد قامت بإيذاء نفسها مرات عديدة، كما حاولت الانتحار مرارًا أيضًا، منها عشر محاولات على الأقل عبر شرب الكلوركس، إضافة إلى الجروح والحروق البليغة والمتعددة، ولديها ثلاث محاولات انتحار كادت تودي بحاتها تمامًا، بما فيها قطع شريان في رقبتها.

وعندما تم تحويلها إلى مارشا م. لينين، كانت حالتها تطابق معايير تشخيص اضطراب الشخصية الحدية، كما أنها كانت تتعاطى عددًا من الأدوية النفسية.

لوسيل "مقاطعة": يا إلهي! هذا مفزع جدًا، لكن ما سبب هذا السلوك؟

رجل الكهف: حتى عمر السابعة العشرين كانت سيندي قادرة على العمل والدراسة بشكلٍ جيد، وعلى الرغم من شكاوى زوجها من غضبها المبالغ فيه، إلا أن زواجها كان مستقرًا ومُرضيًا لها ولزوجها. لكن الأمور بدأت تأخذ منحى غير متوقع.

حصل هذا عندما كانت في السنة الثانية في مدرسة الطب، حيث قام أحد زملائها، الذي كانت بالكاد تعرفه، بالانتحار، مما جعلها تقرر على الفور أن تقتل نفسها أيضا. وخلال أسابيع، تركت المدرسة وأصبحت مكتئبة بشدة، وذات سلوك انتحاري.

ومن الجدير ذكره يا لوسيل، أن سيندي كانت تُعبّر عن نفسها كشخصٍ ذي مشاكل نفسية قليلة قبل انتحار زميلها، إلا أن البحث في سجلاتها التاريخية أظهر أنها منذ سن الرابعة عشر بدأت تعاني بشدة من فقدان

الشهية العصبي، والنهام العصبي، وإساءة استخدام الكحول والأدوية التي تحتاج وصفات طبية.

والحق أنها قد تعرفت على زوجها في لقاءٍ لمدمني الكحول المجهولين عندما كانت في الجامعة. لكن على أي حال، فحتى حادثة انتحار ذلك الشخص، فإن سيندي كانت ناجحة بشكلٍ عام في عملها ودراستها.

داني "باهتمام": وماذا حصل عندما التقت بمارشا م. لينهين؟

رجل الكهف: كانت سيندي مصحوبة في اللقاء الأول بزوجها الذي أقرَّ أنه هو وعائلتها يرون أن لديها سلوكًا انتحاريًا شديدًا جدًا لدرجة أن إخراجها من المشفى هو أمر ينطوي على مخاطرة محتومةِ النتيجة. بناءً على هذا، فإنه هو وعائلتها يفكرون جديًا في جدوى إيجاد أي علاج طويل المدى خارج المشفى.

وعلى الرغم من أنه لم يقبل أي معالج في المنطقة أن يتابع حالة سيندي ويعالجها علاجًا خارج المشفى، فإن مارشا م. لينين قبلت هذا قبولاً مشروطًا بأن تتعاون سيندي معها في العمل تجاه تغيير سلوكها وأن تلتزم العلاج لمدة سنةٍ على الأقل. ولقد كررت لها لاحقاً مرات عديدة أن هذا يعني ضمنيًا ألا تقدم سيندي على أي محاولة انتحار خلال مدة العلاج.

وهكذا ألزمت المعالجةُ نفسها بعلاج حالةٍ لم يقبل أحدٌ آخر تحمل مسؤولية علاجها، إلا أنها لمّا كانت لتقبل الضلوع في هذه المهمة لو أنها لم تجد رغبة واضحة من قبل سيندي في التزام العلاج.

هذه الرغبة يا داني، لم تستمر طويلاً، حيث إنها أعلنت في الجلسة الرابعة أنها غير قادرة على البقاء على قيد الحياة لأي مدةٍ أطول. وعندما تم تذكيرها بالتزامها الإبقاء على حياتها لمدة سنةٍ من رحلة العلاج، قالت إن الأمور قد تغيرت وهي غير قادرة الآن على الالتزام بذلك.

لهذا السبب يا لوسيل، فإن جميع الجلسات الفردية للأشهر الستة التالية لهذه الجلسة كانت تتمحور حول موضوع فيما يتوجب على سيندي البقاء على قيد الحياة، وكيفية تحقيق هذا، أم أن عليها الانتحار.

بدأت سيندي تأتي إلى الجلسات مرتدية نظارات شمسية ذات مراء، وكانت إما تغطس في الكرسي أو تطلب الجلوس على الأرض. وكانت عادة ما تجيبُ المعالجةَ إما إجابات مقتضبة أو أنها تكتفي بالصمت فحسب.

وإذا ما أرادت المعالجة مناقشة سلوك إيذاء النفس السابق لدى سيندي، فإن الأخيرة كانت تغضب أو تنسحب، مما أعاق تقدم العلاج بشكل كبير. كما إنها كانت تُظهر ردود أفعالٍ تفارقية بشكلٍ واضحٍ خلالَ الجلسات.

داني "مقاطعًا بانتباه": ماذا تقصد بهذا؟

رجل الكهف: أعني أنها كانت تبدو غير قادرة على التركيز أو على سماع الكثير مما يتم قوله لها. وإذا ما طُلِبَ منها التعبيرُ عما تشعرُ به، فإنها تصفُ شعورها بأنه يشبه ذلك الشعور عندما تكون منتشية نتيجة تعاطي المخدرات. كما إنها أقرت أنها غير قادرة على القيام بالكثير من الأمور، كالقيادة أو العمل، أو متابعة الدراسة. باختصار يا داني، كانت سيندي تبدو عاجزة عن القيام بأي شيء.

على أي حال، إن استخدام سيندي للبطاقات اليومية، التي كانت تملؤها أسبوعيًا، أو في بدايات الجلسات إذا نسيت، قد ساعد المعالجة على مراقبة التجارب اليومية التي تمر بها سيندي بدقة. أعني بهذا، أفكارها الانتحارية وتعاستها، ودوافعها كي تقوم بإيذاء نفسها، بالإضافة إلى سلوكيات إيذاء نفسها الفعلية، أو محاولاتها الجدية للانتحار.

وبالتالي يا عزيزيّ، فقد ركزت المعالجة على تحديد وتحليل السلوكيات التي كانت تؤدي إلى سلوكيات سيندي الانتحارية. وخلال بضعة أشهر، أسفر تحليل السلوك إلى تحديد أنماط سلوكيات يتكرر تواترها قبل السلوكيات الانتحارية.

لوسيل "مقاطعة بتركيز": مثل ماذا؟

رجل الكهف: يبدأ تسلسل الأحداث عادة بصدام شخصي، يحصل مع زوجها دائمًا تقريبًا، مما يحفز لديها مشاعر أنها تحت التهديد، أو أنها

مُنتقدة، أو غير محبوبة. هذه المشاعر يا لوسيل، يتم اتباعها عادة بدافع إما لإيذاء نفسها أو لقتل نفسها.

داني "مقاطعًا باهتمام": وما الذي يحدد أي الدافعين هو الذي سيتولد لديها؟

رجل الكهف: هذا يعتمد على مستوى انعدام الأمل والغضب، والحزن الذي لديها. ففي بعض الأحيان، يكون قرارها بإيذاء نفسها أو الانتحار مترافقًا مع فكرة "سوف أريك"، أما في أحيان أخرى فإن المسيطر عليها يكون انعدام الأمل والرغبة في إنهاء الألم بشكل جذري.

لوسيل! هل أنتِ مركزة معي؟ إن الحالتين هما مثالان على سرعة تأثرٍ وحساسيةٍ عاطفيةٍ عالية. وإنه في اللحظة التي تدرك فيها سيندي بوعيها القرار بأذية نفسها أو الانتحار، فإنها تشعر على الفور بالانفصال عن الواقع؛ ومن ثم، تقوم بجرح نفسها أو حرق نفسها وهي في حالة من العمل الأوتوماتيكي الغير واع، لدرجةِ أنها تجد صعوبة في تذكر تفاصيل قيامها بهذه الأفعال.

في إحدى المرات، قامت بحرق قدمها حرقًا بليغًا، ثم قامت بتوسيخ مكان الحرق مما استدعى إجراء جراحة ترميمية. وكان سبب هذا هو كي تقنع الطبيب بأن عليه إعطائها المزيد من الانتباه!

لوسيل "بذعر": ماذا تقول!

رجل الكهف: كما إن تحليل السلوك قد أظهر أن الحالات التفارقية التي كانت تعتري سيندي خلال الجلسات تكون عقب إدراكها أن المعالجة لا توافقها الرأي، وبخاصة عندما تقترح عليها أن التغيير ممكن بالفعل.

على أي حال، فإنه خلال أشهر من العلاج، كان باديًا على سيندي نمطٌ ثابتٌ من السلوكيات الانتحارية والذي كان من الحدة أنه يتطلب إدخالها المشفى.

كانت سيندي تعبر عن أفكار انتحارية شديدة ومكثفة، كما كانت تعبر عن شكوكها في قدرتها على الصمود في وجه الدافع الملح في قتل نفسها،

وكانت تطلب إدخالها إلى المشفى الذي تفضله. أو أنها كانت دون أي تحذير مسبق، تحرق أو تجرح نفسها بشدةٍ لدرجةٍ تتطلبُ إدخالها المشفى كي يتم علاج هذه الجروح أو الحروق.

كما تجدر الإشارة هنا يا صديقيّ، إلى أن أي محاولاتٍ لإخراجها من المشفى في وقت مبكر كانت تحفز تصعيدًا في نزعتها الانتحارية. وبمراقبة أنماط السلوك هذه فإن المعالجة قد وضعت افتراضًا مفاده أن الإقامة في المشفى بحد ذاتها كانت تعزز السلوك الانتحاري لدى سيندي وبدأت تحاول إفهامها هذا الأمر.

بيد أن هذه النقطة أصبحت محور عدم الاتفاق بين الطرفين في الجلسات اللاحقة، حيث وجدت سيندي أن المعالجة غير متعاطفة معها وأنها لا تتفهم حالتها؛ فمن وجهة نظرها، فإن حدة ألمها تجعل من احتمالية إقدامها على الانتحار عالية جدًا إلى الحد الذي تكون فيه إقامتها في المشفى ضرورية لحفظ سلامتها. وكانت تدعم وجهة نظرها هذه بتكرار الإشارة إلى أن ردود أفعالها التفارقية هي من الشدة لدرجة أنها غير قادرة على أداء وظائفها الطبيعية معظم الوقت.

أما المعالجة فقد وجدت أن احتمالية خطر الانتحار على المدى الطويل والناتجة عن تكرار إقامة سيندي في المشفى كنتيجة لمحاولاتها الانتحارية تفوق بكثير خطر الانتحار على المدى القصير فيما لو تم التخفيف من إقامتها في المشفى.

اختلاف وجهتي النظر هاتين، يا داني، كانت سببًا للكثير من عدم الاتفاق في الجلسات كما أشرت لكما. وبدأ يتضح تدريجيًا أن سيندي باتت ترى أن أي تفسيرات تُقدم لسلوكها على أنها هجوم مباشر عليها، إنها يا لوسيل، باتت تعتقد ضمنيًا أنه لو كانت المعالجة ترى أن الإقامة في المشفى تعزز من سلوكها الانتحاري، فإن هذا يعني أن المعالجة لا بد تعتقد أنها تقوم بالسلوك الانتحاري كي يتم إدخالها المشفى. على أن هذا لم يكن هو الحال فعلاً، بيد أن جميع محاولات شرح نظرية التعزيز لها بائت بالفشل.

على أي حال، بحلول الشهر الخامس من بدء العلاج أدركت المعالجة أن أسلوب العلاج الذي تتبعه سيؤدي بشكل غير مباشر إلى جعل سيندي تموت، بالانتحار طبعًا، عندها قررت تغيير الاستراتيجية، وكان خيارها الأول هو جعل سيندي تناقش خطة علاج جديدة مع مشفاها المفضل وطبيبها النفسي. وهذا ما رفضته سيندي لأنها لم تر وجه الحكمة في تغيير إمكانية دخولها الغير محدودة إلى وحدة العناية في المشفى، والتي كانت تتنعم بها حتى ذلك الوقت.

إلا أن المعالجة في النهاية قد تمكنت من جعل سيندي توافق على اجتماع استشاري مع جميع الأشخاص الذين يشرفون على معالجتها، ليس هذا فحسب، بل نجحت في جعل سيندي تقوم بالاتصالات اللازمة للتجهيز لهذا الاجتماع، بما في هذا الاتصال مع مسؤول شركة التأمين الذي كان ينظم دفع تكاليف علاجها.

لوسيل "بفضول": وماذا جرى في هذا الاجتماع؟

رجل الكهف: عرضت المعالجة فرضيتها في أن إقامة سيندي في المشفى يعزز سلوكها الانتحاري، كما أنها قامت بمساعدة سيندي على بناء مجادلة كي تبين أنها (أي المعالجة) على خطأ.

وأقرت المعالجة أنه لا يمكنها أن تتابع في مسيرة علاج تعتقد هي أنها قد تودي بحياة المريض، وأن عليها الإصرار على موقفها حتى لو كانت مخطئة، لأن فعلها عكس هذا هو أمرٌ غير أخلاقي ببساطة. وطالبت أن يتم الاتفاق على نظام آخر كي يتم تعطيل الرابط الوظيفي بين سلوك سيندي الانتحاري، وإقامتها في المشفى.

ومع أنه كان هناك عدم اتفاق حول العلاقة بين سلوك سيندي الانتحاري من جهة وإقامتها في المشفى من جهة أخرى بين المشاركين في الاجتماع، إلا أني دون الخوض بالتفاصيل سأكتفي بالقول إن الاتفاق النهائي الذي تم اعتماده كان وضع خطة وشروط جديدة على النحو التالي:

ليس من الضروري أن تسلك سيندي سلوكًا انتحاريًا أو سلوك إيذاء للنفس كي يتم ايداعها المشفى، بل يمكنها دخول المشفى بناءً على رغبتها

فحسب على ألا تقيم فيها أكثر من ثلاثة أيام، وإن استطاعت إقناع المسؤولين عن حالتها أن لديها نزعة انتحارية شديدة تجعل إخراجها من المشفى فيه خطورة على حياتها، فإنه سيتم إخراجها من المشفى على أي حال وإيداعها في ذلك المشفى الآخر الذي لا تحبه هي حرصًا على سلامتها.

داني: إذن، بناءً على هذا الاتفاق، فإن سيندي ليست بحاجة لأن تسلك سلوكًا انتحاريًا أو سلوك إيذاء للنفس كي تدخل المشفى، وفي الوقت عينه فإنها لا يمكنها البقاء في ذلك المشفى الذي تحبه أكثر من ثلاث أيام. يبدو حلًا معقولًا ولا يعرض حياة سيندي للخطر بغض النظر إن كانت المعالجة محقة في فرضيتها أم لا.

رجل الكهف: بيد أن أمرًا غير متوقع قد حصل عقب هذا الاجتماع.

لوسيل "باهتمام": ما هو؟

رجل الكهف: لقد أعلن زوج سيندي أنه لم يعد قادرًا على تحمل سلوك زوجته الانتحاري أكثر من هذا، وأنه لم يعد يستطيع العيش تحت تهديد أنه من الممكن أن يجدها ميتة في أي لحظة؛ لذا، فقد اتخذ قراره بالانفصال عنها ووقع طلبًا للطلاق. وبسبب هذا، فقد تحول تركيز العلاج نحو جعل سيندي تتجاوز هذه المحنة الغير متوقعة، وإيجاد تسوية ملائمة لحياتها الجديدة.

داني: أتفهم قرار ذلك الرجل، لكن كيف تعاملت تلك المسكينة مع هذه المحنة؟

رجل الكهف: كانت تتقلب بين الغضب الشديد تجاه زوجها الذي هجرها في الوقت الذي كانت هي فيه بحاجة للرعاية، أو في وقت مرضها بحسب تعبيرها، وبين يأسها من أنها لن تستطيع النجاة وهي وحيدة.

وقررت أن إطلاق العنان لنفسها كي تعبر عن مشاعرها هو العلاج الوحيد لها، مما نتج عنه جلسات علاج مليئة بالدموع، بينما كانت المعالجة تتعامل مع الأمر بإقرارها بمشاعر سيندي وألمها من جهة، وتشجيعها على أن بإمكانها إدارة الأمر دون العودة إلى المشفى من جهة أخرى.

بيد أنه بسبب عجز سيندي الوظيفي الواضح، يا لوسيل، فإن المعالجة قد وافقت سيندي على أن تدخل الأخيرة مركزًا للعلاج وتقيم فيه مدة ثلاثة أشهر.

كان هذا المركز يقدم خدمة مجموعات تعزيز المهارات لكنه لا يملك خدمة الجلسات الفردية؛ وبالتالي، تابعت سندي لقاء معالجتها مرة أسبوعيًا كما كانت تتصل بها عدة مرات بين هذه الجلسات أيضا.

وبعد انتهاء هذه الأشهر الثلاث، وجدت سيندي زميلة سكن تقيم معها وانتقلت إلى منزلها وبدأت مرحلة جديدة في حياتها وهو الوقت الذي كانت فيه تسعة أشهر قد مرت على بداية علاج سيندي مع مارشا م. لينهين.

لوسيل: وكيف كانت حياتها الجديدة؟

رجل الكهف: خلال الأشهر الأولى انخفض تناولها للطعام بشكل حاد، كما قامت بالإسراف في شرب الكحول عدة مرات.

على أن المعالجة قد ساعدتها في هذا السياق كما ساعدتها في بناء علاقات اجتماعية، مما كانت نتيجته أنه بعد ثلاثة أشهر، أي بعد عام كامل على بدء العلاج، لم تنخفض بوضوح سلوكيات سيندي الانتحارية وسلوكياتها في إيذاء نفسها، بل انخفضت أيضا الدوافع التي كانت تحث سيندي على هذه السلوكيات. وبالتالي، انخفضت بشكلٍ ملحوظ إقاماتها في المشفى، والحق أنها لم تضطر للإقامة في المشفى منذ الشهر الثامن على بدء العلاج.

كما إنها، بالإضافة لذلك، قد عاودت الدراسة في مدرسة الطب، ولو أن جزءًا من عودتها إلى المدرسة كان مدفوعًا بحافز لتغيير حياتها في محاولةٍ منها لاستعادةِ حب زوجها الذي فقدته، أو على الأقل استعادة صداقته.

لقد كانت تفتقده بشدة يا لوسيل.

لوسيل "بألم": يا لها من مسكينة، أتفهم شعورها وأنا سعيدة بهذه النتيجة التي وصلت إليها.

رجل الكهف: لكنها لم تكن هي لتستمتع بهذه النتيجة طويلاً، حيث إنها بعد ذلك بشهرين، أي بعد أربعة عشر شهرًا على بدء العلاج، قد انتحرت بجرعةٍ عاليةٍ من أدويةٍ تحتاج وصفة طبية مع شرب الكحول.

لوسيل "بصدمة": يا إلهي! لماذا؟ لقد كانت تسير بشكل جيد.

رجل الكهف: لقد قلتُ لكِ أنها كانت تسير بشكل جيد، بحسب تعبيركِ، لأنها كانت تأمل في استعادة زوجها، أو على الأقل أن تصبح صديقة مقربة منه، إلا أنها اكتشفت أنه يعيش مع امرأة أخرى، مما حطم لها جميع آمالها التي كانت تعيش من أجلها.

لقد أخبرت معالجتها بذلك عبر الهاتف صباح اليوم التالي لمعرفتها بالأمر، كما عاودت الاتصال بها مساء ذلك اليوم أيضًا بعد شربها لكمية من الكحول.

بالنسبة للمعالجة، لم تكن كمية الكحول التي شربتها سيندي ذلك المساء غير معتادة بالنسبة لها، فحاولت تهدئتها ريثما يلتقيان في اليوم التالي، كما أخبرتها بأن تتصل بها مجددًا لو شعرت أنها بحاجة للكلام معها ذلك المساء.

ولقد أخبرتها سيندي أنه على الرغم من وجود نزعة انتحارية لديها، إلا أنها لن تقدم على فعل أي شيء مؤذٍ لنفسها قبل أن يلتقيا في الصباح التالي، وحتى يحين ذلك الوقت، فإن زميلتها في السكن قد كانت في المنزل وأخبرت المعالجة أنها ستبقى تتكلم مع سيندي وستشاهد معها التلفاز ريثما ينامان، وهذا ما حصل بالفعل.

لم تبد سيندي في ذلك الاتصال في أسوأ حالاتها، بل على العكس، لقد كانت أفضل بكثير من اتصالات هاتفية سابقة عندما كانت تبكي وتنتحب وتكون غير قادرة حتى متابعة الكلام، إلا أنها في هذا الاتصال الأخير قد وضعت خططًا لإمضاء الأمسية مع زميلتها في السكن، ووافقت على التوقف عن الشرب، وهو الأمر الذي أخذ الحيز الأكبر من الوقت في ذلك الاتصال.

بيد أنه في اليوم التالي، يا لوسيل، عندما لم تحضر سيندي إلى الموعد، اتصلت المعالجة بمنزلها، فأجابتها زميلة سيندي في السكن التي كانت للتو قد اكتشفت أن سيندي لا تزال مستلقية في سريرها منذ الليلة الماضية، لأنها قد فارقت الحياة.

لوسيل "وهي تبكي": اللعنة على ذلك الرجل، لقد قتلها.

رجل الكهف: في الواقع، لقد قامت المعالجة بمراجعة ملاحظاتها السابقة، وبالتمحيص فيها تبين لها أن جميع المرات التي قامت فيها سيندي بإلحاق أذية غير قاتلة بنفسها، كانت نتيجة غضب شديد من زوجها، وإن جميع المحاولات شبه القاتلة التي قامت فيها في السابق كانت نتيجة اعتقادها بأن علاقتها معه ستنتهي، ولقد أخبرتكما بهذا مسبقًا، النتيجة كانت مشابهة وواضحة للمعالجة منذ مدة.

إلا أنه على الرغم من هذا، وعلى الرغم من أنني لا أقول إنه لم يكن عنصرًا مؤثرًا في هذه النتيجة المأساوية، إلا أنه ليس هو من قتلها، إنه ضحية هو أيضًا، كلاهما كانا ضحيتين لاضطراب الشخصية الحدية الذي كانت سيندي مصابة به.

لوسيل "وهي تمسح دموعها": أعتقد أنك مصيب. على أي حال، إنني أتذكر أني قلت لك عندما شرحت لنا أعراض اضطراب الشخصية الحدية بأن هؤلاء أشخاصٌ يقتلون أنفسهم -حرفيًا- بسبب خسارة شخصٍ ما، ولقد قلت لي بأن هذا صحيح.

في الواقع، مع أني قلتُ لكَ هذا إلا أني لم أكن أدركه كما أدركته الآن بعد سماعي لقصة هذه المسكينة.

في الليل

الباب التاسع والعشرون
خاتمة المحاورة

رجل الكهف: إني سوف أحاول النوم يا صديقيّ، فأنا أتكلم منذ أن استيقظت.

داني "مغيظا": كلا يا صاحبي، لن أدعك تنام الآن. فإنك قد نسيت أن تخبرني بأهم شيء.

رجل الكهف: ما ذا تقصد؟

داني: لم توثق لي مصادرك ومراجعك. أنت قلت لي في المرة السابقة أن هذا هو أهم شيء كان يجب عليّ أن أتعلمه من تلك الزيارة. فهل تعتقد أني قد نسيته بل حتى أن أتهاون فيه؟ (رجل الكهف 2018: 780-781)

رجل الكهف: لقد نلت مني أيها المشاكس. اليك قائمة المصادر والمراجع وسأزيد بقراءات مقترحة كي تحسن من فهمك وتعلمك الأمور التي لم أتطرق إليها وخاصة ما يتعلق بسبل العلاج. هذا وإن الغالبية الساحقة من المراجع التي سأذكرها لك هي مراجع أكاديمية على مستوى رفيع وفي أحدث اصداراتها أيضا.

داني "بسعادة": هذا رائع جدًا، لكن مهلاً، كيف لي أن أستطيع الوصول الى المراجع الأكاديمية والمجلات العلمية؟

رجل الكهف: جميع المصادر التي سأذكرها لك متاحة على الانترنيت. وإن كنت لا تعرف، سأخبرك أنه بإمكانك إيجاد المقالات بواسطة google scholar. كما ان جميع الكتب متاحة للشراء عبر الانترنيت أيضا.

داني "يكاد يقفز من الفرح والحماس": أنت تقدم لي هدية عظيمة يا رجل! [يتأكد من أن جهاز التسجيل يعمل]

رجل الكهف "وهو مُضَّجِع": لوسيل! هل لنا ببعض القهوة لو سمحتِ. أما أنتَ، فسجل:

✓ Abrams, RC. & Horowitz, SV. (1996). Personality disorders after age 50: meta-analysis. In: Journal of Personality Disorders, 10: 271-81.

✓ Adler, G. (1981). The borderline-narcissistic personality disorder continuum. In: American Journal of Psychiatry, 138: 46-50.

✓ Adler, M. (2011). Psykiatrisk diaagnostik. Studentlitteratur. Lund.

✓ Adshead, G. & Sarkar, J. (2012). The nature of personality disorder. In: Advances in Psychiatric Treatment, 18: 162-172.

✓ Alexander, JF. *et el*. (2013). Functional Family Therapy for Adolescent Behavior Problems. First edition. American Psychological Association. Washington DC.

✓ Allgulander, C. (2019). Introduktion till klinisk psykiatri. Fourth edition. Studentlitteratur. Lund.

✓ American Psychiatric Association (1980). DSM-III: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition. Second Printing edition. American Psychiatric Association. Washington DC.

✓ American Psychiatric Association (1994). DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth edition. First printing. American Psychiatric Association. Washington DC.

✓ American Psychiatric Association (2013). DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition. American Psychiatric Association. Washington DC.

✓ American Psychiatric Association (2015). DSM-5: Update Supplement to Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition. American Psychiatric Association. Washington DC.

✓ Angstman, KB. & Rasmussen, NH. (2011). Personality disorders: Review and clinical application in daily practice. In: American Family physician, 84: 1253-1260.

✓ Ansell, EB. *Et al.* (2011). The association of personality disorders with the prospective 7-year course of anxiety disorders. Psychological Medicine, 41: 1019-28.

✓ Arendt, M. & R, NK. (2012). Kognitiv terapi: Nyest udvikling. Hans reitzels forlag. Copenhagen.

✓ Arnevik, E. *et al.* (2010). Psychotherapy for personality disorders: 18 months' follow-up of the Ulevål personality project. In: Journal of Personality Disorders, 24(2): 188-203.

✓ Arntz, A. & van Genderen, H. (2009). Schema Therapy for Borderline Personality Disorder. Wiley-Blackwell, Chichester.

✓ Arntz, A. (1994). Treatment of borderline personality disorder: a challenge for cognitive-behavioural therapy. In: Behavioural Research and Therapy, 32: 419-30.

✓ Arntz, A. (2011). Imaginary rescripting for personality disorders. In Cognitive and Behavioural Practice, 18: 466-81.

✓ Aviram, RB. *et al.* (2006). Borderline personality disorder, stigma, and treatment implications. In: Harvard Review of Psychiatry, 14: 246-256.

✓ Barlow, DH. (2004). Psychological treatments. In: American Psychologist, 59: 869-78.

✓ Barlow, DH. (ed.) (2014). Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-by-Step

Treatment Manual. Fifth edition. The Guilford Press. New York.

✓ Bateman A. & Krawitz R. (2013). Borderline Personality Disorder: An evidence-based guide for generalist mental health professionals. Oxford University Press. Oxford.

✓ Bateman, A. & Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. In: American Journal of Psychiatry, 166: 1355-64.

✓ Beautler, LE. & Moos, RH. (2003). Coping and coping styles in personality and treatment planning: introduction to the special series. In: Journal of Clinical Psychology, 59: 1045-7.

✓ Beck, AT. (1976). Cognitive Therapy and The Emotional Disorders. International University Press. New York.

✓ Beck, AT. *et al.* (ed.) (2016). Cognitive Therapy of Personality Disorders. Third Edition. The Guilford Press. New York.

✓ Beck, JS. (2006). Cognitive Therapy Worksheet Packet. Revised edition. PA: Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy. Bala Cynwed.

✓ Beck, JS. (2011). Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond. Second edition. Guilford Press. New York.

✓ Beckwith, H. et.al. (2014). Personality disorder prevalence in psychiatric outpatients: A systematic literature review. In: Personality and Mental Health, 8: 91-101.

✓ Benjamin, LS. (2003). Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders. Second edition. The Guilford Press. New York.

✓ Bennett-Levy, J. *et al.*(2015). Experiencing CBT from the Inside Out: A Self-Practice/Self-

Reflection Workbook for Therapists. The Guilford Press. New York.
✓ Berelowicz, M. & Tarnopolsky, A. (1993). Borderline personality disorder. In: P. Tyrer & G. Stein (eds.) In: Personality Disorder Reviewed. Gaskell. London: 90-112.
✓ Bion, WR. (1961). Experiences in Groups. Tavistock Publications. London.
✓ Black, DW. & Andreasen NC. (2011). Introductory Textbook of Psychiatry. Fifth edition. American Psychiatric Publishing, Inc. Washington, DC.
✓ Blaney, P. & Millon, T. (eds.) (2009). Oxford Textbook of Psychopathology. Second edition. Oxford University Press. New York.
✓ Blashfield, RK. et al. (2014). The cycle of classification: DSM-I through DSM-5. In: Annual Review of Clinical Psychology, 10: 25-21.
✓ Bockian, NR. (2006). Depression in borderline personality disorder. In: NR. Bockian (ed.), Personality-Guided Therapy for Depression. American Psychological Association. Washington DC. 135-67.
✓ Bornstein, R. (1992). The dependent personality: development, social, and clinical perspectives. In: Psychological Bulletin, 112(1): 3-23.
✓ Bornstein, R. (2005). The dependent individual: diagnosis, assessment, and treatment. In: Professional Psychology: Research and Practice, 36(1): 82-9.
✓ Bornstein, R. (2012). From dysfunction to adaptation: an interactionist model of dependency. In: Annual Review of Clinical Psychology, 8(1), 291-316.
✓ Bowlby, J. (1969). Attachment and loss. Volume 1: Attachment. Basic Books. New York.

✓ Brenner, E. *et al.* (eds.) (2016). Akutpsykiatri. Second edition. Studentlitteratur. Lund.

✓ Brown, GW. & Harris TO. (1978). Social Origins of Depression. Tavistock Publications. London.

✓ Buhugra, D. & Bhui, K. (2018). Textbook of Cultural Psychiatry. Second edition. Cambridge University Press. Cambridge.

✓ Burns, DD. (1999). 10 Days to Self-Esteem. HarperCollins. New York.

✓ Butler, RN. (1975). Why Survive? Being Old in America. Harper & Row. New York.

✓ Caplan, G. (1961). An Approach to Community Medical Health. Tavistock Publications. London.

✓ Caplan, G. (1964). Principles of Preventive Psychiatry. Basic Books. New York.

✓ Carroll, A. (2009). Are you looking at me? Understanding and managing paranoid personality disorder. In: Advances in Psychiatric Treatment, 15: 40-8.

✓ Caspi, A. & Shiner, R. (2008). Temperament and personality. In: M. Rutter et al. (eds.) Child and Adolescent Psychiatry. Fifth edition. Blackwell. Oxford: 182-98.

✓ Chadwick, P. (2006). Person-Based Cognitive Therapy for Distressing Psychosis. Wiley-Blackwell, Chichester.

✓ Cheng, AT. *et al.* (1997). Personality disorder and suicide: A case-control study. In: British Journal of Psychiatry, 170(5): 441-6.

✓ Clarke, S. *et al.* (2013). Cognitive analytic therapy for personality disorder: randomized controlled trial. In: British Journal of Psychiatry, 202(2):129-34.

✓ Clarkin, JF. et al. (1999). Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder Patients. The Guilford Press. New York.

✓ Cleckley, HM. (1964). The Mask of Sanity: An Attempt to clarify issues about the so-called psychopathic personality. Fourth edition. Mosby. St Louis.

✓ Cloninger, CR. *et al.* (2009). Assessment of personality. In: MG. Gelder et al. (eds.) The New Oxford Textbook of psychiatry. Second edition. Oxford University Press. Oxford: 78-84.

✓ Cohen, P. *et al.* (2005). The children in the community study of developmental course of personality disorder. In: Journal of Personality Disorders, 19: 466-86.

✓ Coid, J. *et al.* (2006). Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. In: British Journal of psychiatry, 188: 423-31.

✓ Constantino, MJ. *et al.* (2011). Expectations. In: journal of Clinical Psychology: In Session, 67: 184-92.

✓ Crafoord, C. (1993). En bok om borderline. Fourth edition. Natur och Kultur. Sweden.

✓ Crawford, MJ. *et al.* (2012). The prevalence of personality disorder among ethnic minorities" findings from a national household survey. In: Personal Mental Health, 6: 175-82.

✓ Davidson, K. (2000). Cognitive Therapy for Personality Disorders. A guide for clinicians. Butterworth Heinemann. Oxford.

✓ Davison, SE. (2002). Principles of managing patents with personality disorder. In: Advances in Psychiatric Treatment, 18: 1-9.

✓ Dawson, J. (2005). Community Treatment Orders: International comparisons. Otago University Press. Dunedin.

✓ Debast, I. *et al.* (2014). Personality traits and personality disorders in late middle and old age: do they remain stable? A literature review. In Clinician Gerontologist, 37: 253-71.

✓ Dickey, CC. et al. (2002). The brain in schizotypal personality disorder: a review of structural MRI and CT findings. In: Harvard Review of Psychiatry, 10: 1-15.

✓ DiGiuseppe, R. *et al.* (2013). A practitioner's Guide to Rational-Emotive Therapy. Third edition. Oxford University Press. New York.

✓ Dimeff, L. & Linehan, MM. (2001). Dialectical behavior therapy in a nutshell. In: California Psychologist, 34: 10-3.

✓ Dimeff, LA. & Koerner K. (2007). Dialictical Behavior Therapy in Clinical Practice: Applications Across Disorders and Settings. The Guilford Press. New York.

✓ Disney, KL. (2013). Dependent personality disorder: A critical review. In: Clinical Psychology Review, 33(8): 1184-96.

✓ DiTomasso, RA. et al. (eds.) (2010). Handbook of Cognitive Behavioral Approaches in Primary Care. Springer. New York.

✓ Dixon-Gordon, KL. et al. (2011). Psychotherapy for personality disorders. In: International Review of Psychiatry, 23(3): 282-302.

✓ Ellis, A. (1962). Reason and Emotion in Psychotherapy. Stuart. New York.

✓ Emmelkamp, PG. & Kamphuis, JH. (2007). Personality disorders. Psychology Press. London.

✓ Ernvik, U. (2019). Familjeterapi: En utforskande och samskapande lek som förvandle relationer. Studentlitteratur. Lund.

✓ Evans, D. & Allen, H. (2009). Made Incredibly Easy! Mental Health Nursing. First UK edition. Wolters Kluwer Health. Lippincott Williams & Wilkins. London.

✓ Evershed, S. (2011). Treatment of personality disorder: Skills-based therapies. In: Advances in Psychiatric Treatment, 17: 206-13.

✓ Eysenck, HJ. (1970). A dimensional system of psychodiagnosis. In: AR. Mahrer (ed.) New Approached to Personality Classification. Colombia University Press. New York: 169-207.

✓ Eysenck, HJ. (1970). The Structure of Human Personality. Methuen. London.

✓ Fahlke, C. & Johansson, PM. (2012). Psykopatologi. Nature & Kultur. Stockholm.

✓ Fanous, AH. & Kendler, SK. (2004). The genetic relationship of personality to major depression and schizophrenia. In: Neurotoxicity Research, 6: 43-50.

✓ Faris, REL. & Dunham, HW. (1939). Mental Disorders in Urban Areas. Chicago University Press. Chicago.

✓ Farmer, RF. & Chapman, AL. (2010). Behavioral Interventions in Cognitive Behavior Therapy: Practical Guidance for Putting Theory into Action. American psychological association. Washington DC.

✓ Feighner et al. (1972). Diagnostic criteria for use in psychiatric research. Archives of General Psychiatry, 26: 57-63.

✓ First, MB. Et al. (1997). Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II). American Psychiatric Association. Washington DC.

✓ Frankenburg, F. & Zenarini, M. (2006). Personality disorders and medical comorbidity. In: Current Opinions in Psychiatry, 19: 428-31.

✓ Freeman CP. (2013). Cognitive adverse effects of ECT. In: J. Waite & A. Eaton (eds.), The ECT Handbook. RCPsych Publications. London: 76-86.

✓ Freeman, A. & Reinecke, MA. (eds.) (2007). Personality Disorders in Children and Adolescents. Willy. Hoboken.

✓ Freeman, A. & Rock, GE. (2008). Personality disorders. In: MA. Whisman (ed.), Adapting Cognitive Therapy for Depression: Managing Complexity and Comorbidity. The Guilford Press. New York. 255-79.

✓ Freeman, A. *et al.* (1983). History of suicidal behavior in depressed borderline inpatients. In: American Journal of Psychiatry, 140: 1023-6.

✓ Freeman, A. *et al.* (2004). Clinical Applications of Cognitive Therapy. Second edition. Springer. New York.

✓ Freeman, A. *et al.* (2008). Clinical Psychology: Integrating Science and Practice. Willy. Hoboken.

✓ Fusco, GM. & Freeman, A. (2004). Borderline Personality Disorder.: A Patient's Guide to Taking Control. Norton. New York.

✓ Gabbard, G. (2007). Personality Disorders. Gabbard's treatment of psychiatric disorders. Forth edition. APPI. Washington DC.

✓ Geddes, J. *et al.* (2005). Psychiatry. Fourth edition. Oxford University Press. New York.

✓ Gelder, MG. et al. (eds.) (2009). The New Oxford Textbook of Psychiatry. Second edition. Oxford University Press. Oxford.

✓ Gerge, A. (2010). Psykoterapi: vid dissociativa störningar. Insidan. Stocholm.

✓ Germer, CK. *et al.* (2013). Mindfulness and Psychotherapy. Second edition. The Guilford Press. New York.

✓ Gillbert, P. (1989). Human Nature and Suffering. Erlbaum. Hillsdale.

✓ Gillbert, P. (2009). The Compassionate Mind: A New Approach to Life's Challenges. New Harbinger. Oakland.

✓ Gillbert, P. (2010). Compassion Focused Therapy: Distinctive Features. Routledge. New York.

✓ Glant, H. (2017). Ny i psykiatrin: våra vanligaste psykiska sujkdomar och funkitonsnedsättningar: bemötande, behandling, anhörigperspektiv. Gothia Fortbidning. Sixth edition. Polen.

✓ Goldberg, D. & Huxley P. (1980). Mental Illness in the Community. Tavistock Publication. London.

✓ Goldberg, D. (2010). The classification of mental disorder: a simpler system for DSM-V and IDC-11. Advances in Psychiatric Treatment, 16: 14-19.

✓ Goldberg, D. (ed.) (1997). The Maudsley Handbook of Practical Psychiatry. Oxford Medical Publications. Oxford.

✓ Goodwin, RD. *et al.* (2005). Panic attacks and the risk of personality disorders. In: Psychological Medicine, 37: 227-235.

✓ Göransson, AM. (2019). Psykiatri 1. Second edition. Sanoma Utbildning AB. Stockholm.

✓ Gore, WL. & Widiger, TA. (2013). The DSM-5 dimensional trait model and five-factor models of general personality. In: Journal of Abnormal Psychology, 122(3): 816-21.

✓ Grann, M. & Fazel S. (2004). Substance misuse and violent crime: Swedish population study. British Medical Journal, 328: 1233-4.

✓ Grant, BF. et al. (2004). Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. In: Journal of Clinical Psychiatry, 65, 948-58.

✓ Gray, J. (2008). Living with a Label: An Action Oriented Feminist Inquiry into Women's Mental Health. VDM Verlag Dr. MULLER. Sassrucken.

✓ Greeven, A. et al. (2014). Personality predicts time to remission and clinical status

in hypochondriasis during a 6-year follow-up. Journal of Nervous and Medical Disease, 202: 402-7.
✓ Gross, R. *et al.* (2002). Borderline personality disorder in primary care. In: Archives of Internal Medicine, 162: 53-60.
✓ Gunderson, JG. & Links, PL. (2014). Handbook of Good Psychiatric Management (GPM) for Borderline Patients. American Psychiatric press. Washington DC.
✓ Gunderson, JG. (1984). Borderline personality disorder. American Psychiatric Press. Washington DC.
✓ Gunderson, JG. (2011). Clinical practice: borderline personality disorder. In: Journal of Medicine, 364: 2037-2042.
✓ Gustin, LW. (2012). KBT I omvårdnadsarbetet om meningsskapande i gemenskap. Studentlitteratur. Lund.
✓ Gustin, LW. (ed.) (2014). Vårdande vid psykisk ohälsa -på avancerad nivå. Studentlitteratur. Lund.
✓ Gutierrez, F. *et al.* (2012). Personality disorder feature through the life course. In: Journal of Personality Disorders, 26(5), 763-774.
✓ Hackman, A. et al. (2011). Oxford Guide to Imagery in Cognitive Therapy. Oxford University Press. Oxford.
✓ Hagqvist, A. & Widinghoff, B. (eds.) (2000). Miljöterapi – igår, idag och i morgon. Studentlitteratur. Lund.
✓ Hansson, K. & Sundelin, J. (eds.) (1995). Familjeterapi: tillämpningar ur ett svenskt perspektiv. Studentlitteratur. Lund.
✓ Hansson, K. (2001). Familjebehandling på goda grunder: En forskningsbaserad översikt. Gothia Förlag. Malmö.

✓ Hare, RD. & Neumann, CS. (2008). Psychopathy as a clinical and empirical construct. In Annual Review of Clinical Psychology, 4: 217-46.

✓ Hare, RD. (1983). Diagnosis of antisocial personality in two prison populations. In: American Journal of Psychiatry, 140: 887-90.

✓ Hare, RD. (1991). The Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R). Multi-Health Systems. Toronto.

✓ Hare, RD. (2003). The Hare Psychopathy Checklist—revised manual. Second edition. Multi-Health System. Toronto.

✓ Harrison, P. et al. (2018). Shorter Oxford Textbook of Psychiatry. Seventh Edition. Oxford University Press. Oxford.

✓ Hårtveit, H. & Jesen, P. (2012). Familjen plus en: En resa genom familjeterapins praktik och idéer. Studentlitteratur. Lund.

✓ Harwood, D. et al. (2001). Psychiatric disorder and personality factors associated with suicide in older people: a descriptive and case-control study. In: International Journal of Geriatric Psychiatry, 16: 155-165.

✓ Haw, C. et al. (2001). Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. In: British Journal of Psychiatry, 178: 48-54.

✓ Hawton, K. & VAN Heeringen, K. (eds.) (2000). The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide. John Wiley & Sons. Chichester.

✓ Hawton, K. & van Herringen, K. (2009). Suicide. In: Lancet, 373: 1372-81.

✓ Hawton, K. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. In: Lancet, 379: 2373-82.

✓ Hawton, K. et al. (2001). The influence of economic and social environment on deliberate self-harm and suicide: and ecological and person-based study. In: Psychological Medicine, 31: 827-36.

✓ Hawton, K. et al. (2002). Deliberate self-harm among adolescents: self-report survey in schools in England. In: British Medical Journal, 325: 1207-11.

✓ Hawton, K. et al. (2003). Deliberate self-harm in adolescents: a study of characteristics and trends in Oxford, 1990-2000. In: Journal of Child Psychology and Psychiatry, 44: 1191-8.

✓ Hawton, K. et al. (2003). Deliberate self-harm in Oxford, 1990-2000: a time of change in patient characteristics. In: Psychological Medicine, 33: 987-95.

✓ Hawton, K. et al. (2003). Suicide following deliberate self-harm long-term follow-up of patients who presented to general hospital. In: British Journal of Psychiatry, 182: 537-42.

✓ Hawton, K. et al. (2004). Self-cutting: patient characteristics compared with self-poisoners. In: Suicide and Life-Threatening Behaviour, 34: 199-207.

✓ Hawton, K. et al. (2007). Self-harm in England: a tale of three cities. Multicenter study of self-harm. In: Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 42: 513-21.

✓ Hawton, K. et al. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. In: Lancet, 379: 2373-82.

✓ Haynes, B. (1999). Can it work? Does it work? Is it worth it? In: British Medical Journal, 319: 652-3.

✓ Hazlett, EA. *et al.* (2012). Potentiated amygdala response to repeated emotional pictures in borderline personality disorder. In: Biological Psychiatry, 72(6): 448-56.

✓ Heisel, MJ. *et al.* (2007). Narcissistic personality and vulnerability to late-life suicidality. In: American Journal of Geriatric Psychiatry, 15: 734-41.

✓ Hend, S. *et al.* (1991). Family environment characteristics and dependent personality disorder. Journal of Personality Disorders, 5: 256-63.

✓ Herbert, JD. & Forman, EM. (ed.) (2011). Acceptance and Mindfulness in Cognitive Therapy: Understanding and Applying the New Therapies. Willy. Hoboken.

✓ Herlofson, J. (2014). MiniPsykiatri. First edition. Nature & Kultur. Stockholm.

✓ Herlofson, J. *et al.* (2016). Psykiatri. Studentlitteratur. Lund.

✓ Herman, JL. *et al.* (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. In: American Journal of Psychiatry, 146: 490-5.

✓ Hilmarsson, HT. (2014). Hjälpande samtal – positiv motivation. Studentlitteratur. Lund.

✓ Hirschfeld, RMA. (1999). Personality disorders and depression: comorbidity. In: Depression and Anxiety, 10: 142-6.

✓ Hofmann, SG. & Thompson, MC. (eds.) (2004). Treating Chronic and Severe Mental Disorders: A Handbook of Empirically Supported Interventions. The Guilford Press. New York.

✓ Hogan, R. et al. (eds.) (1997). Handbook of Personality Psychology. Academic Press. New York.

✓ Höglund, IA. & Ahlström, BH. (2000). Psykiatri. Bonnier Utbildning. Stockholm.

✓ Höglund, IA. & Ahlström, BH. (2002). Socialpsykiatri. Bonnier Utbildning. Stockholm.

✓ Hollandsworth, JG. (1990). The physiology of psychological disorders. Plenum Press. New York.

✓ Hollingshead, AB. & Redlich, FC. (1958). Social Class and Mental Illness: A community study. John Wiley & Sons. New York.

✓ Holmqvist, R. (2018). Relationell psykoterapi – så här gör man. Omslag Anna Guttorp. Stockholm.

✓ Holmqvist, R. (2018). Relationella perspektiv på psykoterapi. Omslag Anna Guttorp. Stockholm.

✓ Hopwood, CJ. *et al*. (2013). Connecting DSM-5 personality traits and pathological beliefs: toward a unifying model. In: Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 35(2): 1-11.

✓ Hoult, J. (1986). Community care of the acutely mentally ill. In: British Journal of Psychiatry, 149: 137-44.

✓ Huang, Y. *et al*. (2009). DSM-IV personality disorders in the WHO world mental health surveys. In: British Journal of psychiatry, 195: 46-53.

✓ Huline-Dickens, S. (2013). The mental state examination. In: Advances in Psychiatric Treatment, 19: 97-8.

✓ Hunt, IM. *et al*. (2009). Suicide in recently discharged psychiatric patients. In: Psychological Medicine, 39: 443-9.

✓ Hunter, R. & MacAlpine, I. (eds.) (1963). Three Hundred Years of Psychiatry. Oxford University Press. London.

✓ Huprich, SK. (2004). Convergent and discriminant validity of three measures of depressive personality disorder. In: Journal of Personality Assessment, 8: 321-8.

✓ Huprich, SK. (2005). Differentiating avoidant and depressive personality disorders. In: Journal of Personality Disorders, 19: 659-73.

✓ Huprich, SK. (2009). What should become of depressive personality disorder in DSM-V? Harvard Review of Psychiatry, 17: 41-59.

✓ Huprich, SK. (2012). Considering the evidence and making the most empirically informed decision about depressive personality disorder in DSM-5. In: Personality Disorders: Theory, Research and Treatment, 3: 470-82.

✓ Huprich, SK. et al. (1996). The depressive personality disorders inventory: an initial examination of its psychometric properties. In: Journal of Clinical Psychology, 52: 153-9.

✓ Hyler, SE. & Rieder, RO. (1987). PDQ-R: Personality Diagnostic Questionnaire—Revised. New York State Psychiatric Institute. New York.

✓ Jacobs, GA. & Arntz A. (2013). Schema therapy for personality disorders—a review. In: International Journal of Cognitive Therapy, 6: 171-85.

✓ Jacobson, E. (1938). Progressive Relaxation. Chicago University Press. Chicago.

✓ Jacoby, R. & Oppenheimer, C. (eds.) (1991). Psychiatry in the Elderly. Oxford University Press. New York.

✓ John, OP. *et al.* (eds.) (2010). Handbook of Personality: Theory and Research. The Guilford Press. New York.

✓ Johnson, J. et al. (1999). Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. In: Archives of General Psychiatry, 56: 600-6.

✓ Johnson, LA. et al. (2013). Current 'legal highs'. In: Journal of Emergency Medicine, 44: 1108-15.

✓ Jones, K. (1968). Social Psychiatry in Practice. Penguin Books. Harmondsworth.

✓ Kahn, E. (1931). Psychopathic Personalities. New Haven: Yale University Press, 1931

✓ Kantor, M. (2002). Passive-Aggressive. A Guide for the Therapist, the Patient, and the Victim. Greenwood. Westport.

✓ Karlsson, A. (2018). Biblioterapi litteraturens kraft: Biblioterapi för SiS Ungdomshem Brättegården. Utgiven av Recto Förlag. Borås.

✓ Karterud, S. *et al.* (2014). Personlighetspsykiatri. Studentlitteratur. First edition. Lund.

✓ Katon, W. et al. (1990). Distressed high utilizers of medical care: DSM-III-R diagnoses and treatment needs. In: General Hospital Psychiatry, 12: 355-62.

✓ Kåver, A. & nilsonne, Å. (2002). dialektisk beteendeterapi: vid emotionellt instabil personlighetsstörning: teori, strategi, och teknik. First edition. Nature & Kultur. Stockholm.

✓ Kåver, A. (2006). KBT I utveckling. Nature & Kultur. Stockholm.

✓ Kay, DW. et al. (1964). Old age mental disorders in Newcastle-upon-Tyne: 1: a study in prevalence. In: British Journal of Psychiatry, 110: 146-58.

✓ Kay, DW. et al. (1976). The differentiation of paranoid from affective psychoses by patient's premorbid characteristics. In: British Journal of psychiatry, 129: 207-15.

✓ Kazdin, AE. (2003). Research Design in Clinical Psychology. Allyn and Bacon. Boston.

✓ Kellogg, SH. & Young, JE. (2006). Schema therapy for borderline personality disorder. In: Journal of Clinical Psychology, 62: 445-458.

✓ Kelly, G. (1955). The psychology of personal constructs. Norton. New York.

✓ Kendell, RE. (1975). The Role of Diagnosis in Psychiatry. Blackwell. Oxford.

✓ Kendler, KS. (2001). Twin studies of psychiatric illness-an update. In: Archives of General Psychiatry, 58: 10005-14.

✓ Kendler, KS. (2005). 'A gene for...': the nature of gene action in psychiatric disorders. In: American Journal of psychiatry, 162: 1243-52.

✓ Kernberg, OF. (1975). Borderline Conditions and Pathological Narcissism. Jason Aronson. New York.

✓ Kieling, C. et al. (2011). Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. In: Lancet, 378: 1515-25.

✓ Kiloh, LG. et al. (1988). Physical Treatment in Psychiatry. Blackwell Scientific Publications. Oxford.

✓ King, R. *et al.* (eds.) (2012). Manual of Psychosocial Rehabilitation. Wiley-Blackwell. Oxford.

✓ Kipps, CM. & Hodges, JR. (2005). Cognitive assessment for clinicians. In: Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 76: i22-30.

✓ Kirmayer, LJ. *Et al.* (eds.) (2017). Re-Visioning Psychiatry. Cultural Phenomenology, Critical Neuroscience, and Global Mental Health. Cambridge University Press. Cambridge.

✓ Kleinman, A. (2009). Global mental health: a failure of humanity. In: Lancet, 374: 603-4.

✓ Kliegman, RM. Et al. (eds.) (2016). Nelson Textbook of Pediatrics, twentieth edition. Elsevier. Philadelphia.

✓ Kliem, S. *et al.* (2010). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: a meta-analysis using mixed-effects modeling. In: Journal of consulting and clinical psychology, 78: 963-51.

✓ Kohut, H. (2009) [1971]. The Analysis of the Self: A Systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders. The University of Chicago Press. Chicago.

✓ Kool, S. *et al.* (2003). Changes in personality pathology after pharmacotherapy and combined therapy for depressed patients. In: journal of personality disorders, 17: 60-72.

✓ Kornstein, SG. & Clayton, AH. (eds.) (2002). Women's Mental Health" A Comprehensive Textbook. The Guilford Press. New York.

✓ Kraepelin, E. (1904). Clinical Psychiatry: A Textbook for students and physicians. Macmillan. New York.

✓ Kraepelin, E. (1912). Manic-Depressive Insanity and Paranoia. Livingstone. Edinburgh.

✓ Kreis, MKF. *et al.* (eds.) (2016). Psykopati. Studentlitteratur. Lund.

✓ Kring, AM. *et al.* (2013). Abnormal Psychology. Twelfth Edition. International Student Version. Wiley. New York.

✓ Krysinska, K. *et al.* (2006). Suicide and deliberate self-harm in personality disorders. In: Current Opinion in Psychiatry, 19(1): 95-101.

✓ Kuyken, W. *et al.* (2009). Collaborative Case Conceptualization: Working Effectively with Clients in Cognitive-Behavioral Therapy. The Guilford Press. New York.

✓ Lam, DH. *et al.* (2010). Cognitive Therapy for Bipolar Disorder: A Therapist's Guide to Concepts, Methods, and Practice. Second edition. Willey. Oxford.

✓ Layden, MA. *et al.* (1993). Cognitive Therapy of Borderline Personality Disorder. Allyn & Bacon. Boston.

✓ Lazarus, RS. (1991). Emotion and Adaptation. Oxford University Press. New York.

✓ Leahy, RL. (2001). Overcoming Resistance in Cognitive Therapy. The Guilford Press. New York.

✓ Leahy, RL. (2003). Cognitive Therapy Techniques: A Practitioner's Guide. The Guilford Press. New York.
✓ Leahy, RL. (2006). The Worry Cure: Seven Steps to Stop Worry from Stopping You. harmony. New York.
✓ Leahy, RL. (2010). Beat the Blues Before they Beat You: How to Overcome Depression. Hay House. Carlsbad.
✓ Leahy, RL. (ed.) (2003). Roadblocks in Cognitive-Behavioral Therapy: Transforming Challenges into Opportunities for Change. The Guilford Press. New York.
✓ LeDoux, J. (1998). The Emotional Brain. Weidenfeld &Nicolson. London.
✓ Leichsenring, F. *et al.* (2007). DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. In: Biological Psychiatry, 62(6): 553-64.
✓ Leichsenring, F. *et al.* (2011). Borderline personality disorder. Lancet, 377: 74-84.
✓ Lemma, A. & Patrick, M. (2010). Off the Couch: Contemporary psychoanalytic approaches. Routledge. London.
✓ Levander, S. *et al.* (2017). Psykiatri. En orienterande översikt. Third edition. Studentlitteratur. Lund.
✓ Levitt, JL. *Et al.* (eds.) (2004). Self-Harm Behavior and Eating Disorders: Dynamics, Assessment, and Treatment. Brunner-Routledge. New York.
✓ Lewis, AJ. (1970). Paranoia and paranoid: a historical perspective. In: Psychological Medicine, 1: 2-12.
✓ Lewis, G. & Appleby, L (1988). Personality disorder: the patients psychiatrists dislike. In British Journal of Psychiatry, 153: 44-9.

✓ Lewis, G. et al. (1997). Strategies for preventing suicide. In: British Journal of Psychiatry, 171: 351-4.
✓ Lewis-Fernandez, R. *et al.* (eds.) (2016). DSM-5 handbook on the cultural formulation interview. American Psychiatric Association. American Psychiatric Publishing, Inc. Washington, DC.
✓ Lezak, MD. Et al. (2012). Neuropsychological Assessment. Fifth edition. Oxford University Press. New York.
✓ Lieb, K. et al. (2004). Borderline Personality Disorder. In: Lancet, 364: 453-61.
✓ Lieb, K. *et al.* (2004). Seminar section: borderline personality disorder. In: Lancet, 364: 453-461.
✓ Lieb, K. et al. (2010). Pharmacotherapy for borderline personality disorder. In: British Journal of Psychiatry, 196: 4-12.
✓ Linehan, MM. (1993a). Cognitive-behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. The Guilford Press. New York.
✓ Linehan, MM. (1993b). skills training manual for treating borderline personality disorder. The Guilford Press. New York.
✓ Linehan, MM. Et al. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patient. In: Archive of General Psychiatry, 48: 1060-4.
✓ Linehan, MM. Et al. (1994). Interpersonal outcome of cognitive behavioural treatment for chronically suicidal borderline patents. In: American Journal of Psychiatry, 151: 1771-6.
✓ Lingh, S. (2010). Psykopater och sociopater -ett spektrum. Recito rörlag AB. Borås.
✓ Livesley, WJ. (1990). DAAP-BQ: Personality Questionnaire Clinical Version. University of British Columbia. Vancouver, British Columbia.

✓ Livesley, WJ. (ed.) (2001). Handbook of Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment. The Guilford Press. New York.
✓ Ljungqvist, I. & Jenner, H. (eds.) (2009). Psykiatri för baspersonal. Gothia Förlag AB. First edition. Stockholm.
✓ Loranger, AW. Et al. (eds.) (1997). Assessment and Diagnosis of Personality Disorders: the ICD-10 International Personality Disorder Examination (IPDE). Cambridge university Press. Cambridge.
✓ Loranger, P. (1989). The Personality Disorders Examination (PDE) Manual. DV communications. Yonkers.
✓ Lynch, TR. (2014). Radically Open-Dialectical Behavior Theory for Disorders of Overcontrol. The Guilford Press. New York.
✓ Maden, A. (2007). Dangerous and sever personality disorder: antecedents and origins. In: British Journal of Psychiatry, 190: 8-11.
✓ Marshall, M. (2003). Acute psychiatric day hospital. In: British Medical Journal, 327: 116-7.
✓ Matthews, G. *et al.* (2003). Personality Traits. Cambridge University Press. Cambridge.
✓ Matusiewicz, A. *et al.* (2010). The effectiveness of cognitive behavioral therapy for personality disorders. In: Psychiatric Clinics of North America, 33(3): 657-85.
✓ McDougall, W. (1921). An introduction to social psychology. Fourteenth edition. Luce. Boston.
✓ Meichenbaum, DH. (1977). Cognitive-Behaviour Modification. Plenum. New York.
✓ Miller, JD. *et al.* (2010). Narcissistic personality disorder and the DSM-V. In: Journal of Abnormal Psychology, 119(4): 640-9.
✓ Miller, WR. & Rollnick, S. (2013). Motivational Interviewing: Helping People Change. Third edition. The Guilford Press. New York.

✓ Millon, T. (1993). Negativistic (passive-aggressive) personality disorder. In: Journal of Personality Disorders, 7(1): 78-85.

✓ Millon, T. (ed.) (2004). Personality Guided Therapy in Behavioral Medicine. American Psychological Association. Washington DC.

✓ Millon, T. *et al.* (2004). Personality Disorders in Modern Life. Second edition. Wiley. Hoboken.

✓ Milne, D. (2009). Evidence-Based Clinical Supervision: Principles and Practice. The British Psychological Society Blackwell. West Sussex.

✓ Moran, P. (2002). The epidemiology of personality disorders. In: Psychiatry, 1: 8-11.

✓ Moran, p. et al. (2000). The prevalence of personality disorder among UK primary care attenders. In: Acta Psychiatrica Scandinavia, 102: 52-7.

✓ Morana, HCP. & Camara, FP. (2006). International guidelines for the management of personality disorders. In: Current Opinion in Psychiatry, 19(5): 539-43.

✓ Mörch, MM *et al.* (eds.) (1999). Kognitiva behandlingsformer: kognitiv terapi, social färdighetsträning, psykopedagogiska arbetssätt och kognitiv träning. Nature & Kultur. Stockholm.

✓ Morrison, AP. (ed.) (2002). A casebook of Cognitive Therapy for Psychosis. Routledge. London.

✓ National Institute for Mental Health in England (NIMHE) (2003). Personality Disorder: No longer a diagnosis of exclusion. Department of Health. London.

✓ Neff, KD. (2011). Self-compassion, self-esteem, and well-being. In: Social and Personality Compass, 5: 1-12.

✓ Newton-Howes, G. et al. (2010). The prevalence of personality disorder, its comorbidity with mental state disorders and its clinical significance in community mental health teams. In: Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 45: 453-60.

✓ Newton-Howes, G. et al. (2015). Personality disorder across the life course. Lancet, 385: 727-34.

✓ Oppenheimer, C. (2013). Personality in later life: personality disorder and the effect of illness on personality. In: Oxford Textbook of Old Age Psychiatry. Second edition. Dening T. & Thomas, A (eds.) Oxford University Press. Oxford. Chapter 53.

✓ Ostrich, I. & Holm, L. (eds.) (2003). Kognitiv miljöterapi: att skapa en behandlingsmiljö i likvärdigt samarbete. Studentlitteratur. Lund.

✓ Ottosson, JO. (2015). Psyk.8 Psykiatri. Eighth edition. Liber AB. Stockholm.

✓ Padesky, CA. (1995). Clinician's Guide to Mind Over Mood. The Guilford Press. New York.

✓ Paris, J. & Black, DW. (2015). Borderline personality disorder and bipolar disorder: what is the difference and why does it matter? In: Journal of Nervous and Mental Disease, 203: 3-7.

✓ Paris, J. (2005). Borderline personality disorder. In: Canadian Medical Association Journal, 172: 1579-83.

✓ Patel, V. & Prince M. (2010). Global mental health: a new global health field of age. In: Journal of the American Medical Association, 303: 1976-7.

✓ Patel, V. et al. (2011). A renewed agenda for global mental health. In: Lancet, 378: 1441-2.

✓ Patrick, CJ. (ed.) (2007). Handbook of Psychopathy. The Guilford Press. New York.

✓ Penrose, L. (1938). A Clinical and Genetic Study of 1280 Cases of Mental Deficiency. HSMO. London.

✓ Perris, C. (1996). Kognitiv terapi i teori och praktik. Natur och Kultur. Borås.

✓ Piaget, J. (1926). The Language and Thought of the Child. Harcourt, Brace. New York.

✓ Player, MJ. *et al.* (2013). Neuroplasticity in depressed individuals compared with healthy control. In: Neuropsychopharmacology, 38(11). 2101-8.

✓ Pretzer, J. (1990). Borderline personality disorder. In: A. Freeman *et al.* (eds.). Clinical applications of cognitive therapy. Plenum Press. New York: 181-202.

✓ Raskin, R. et al. (1991). Narcissistic self-esteem management. In: Journal of Personality and Social Psychology, 60: 911-8.

✓ Rathod, S. (2013). Cognitive behaviour therapy for psychosis can be adapted for minority ethnic groups: a randomised controlled trail. In: schizophrenia research, 143(2-3): 319-26.

✓ Reid, AH. & Ballinger, BR. (1987). Personality disorder in mental handicap. In: Psychological Medicine, 17: 983-7.

✓ Renberg, ES. *et al.* (2013). Suicidnära pationter -kliniska riktlinjer för utredning och vård. First edition. Svenska Psykiatriska Föreningen. Gotha Fortbildning AB. Stockholm.

✓ Rettew, D. (2015). Psychiatric Vs. Neurological: Can the Brain Tell? A search for brain differences between psychiatric and neurological disorders. In Psychology Today. Dec 02, 2015

✓ Roberts, A. (2005). Crisis Intervention Handbook. Third edition. Oxford University Press. New York.

✓ Romans, SE. & Seeman, MV. (eds.) (2006). Women's Mental Health: A Life-Cycle Approach. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia.

✓ Rose, N. (2019). Our Psychiatric Future: The Politics of Mental Health. Polity Press. Cambridge.

✓ Runeson, B. *et al.* (2012). Den suicidnära patienten: värdering och hantering av suicidrisk. First edition. Studentlitteratur. Lund.

✓ Rush, AJ. Et al. (2008). Handbook of Psychiatry Measures. American Psychiatric Publishing. Washington DC.

✓ Ryder, AG. & Bagdy, RM. (1999). Diagnostic viability of depressive personality disorder: theoretical and conceptual issues. In: Journal of Personality Disorders, 13: 99-117.

✓ Ryder, AG. et al. (2006). Depressive personality and dysthymia: evaluating symptom and syndrome overlap. In: Journal of Affective Disorders, 91: 217-27.

✓ Ryder, AG. *et al.* (2010). Depressive personality and treatment outcome in major depressive disorder. In: Journal of Personality Disorders, 24: 392-404.

✓ Ryle, A & Kerr, IB. (2016). Introducing Cognitive Analytic Therapy: Principles and Practice. Second edition. Wiley-Blackwell. Oxford.

✓ Salkovskis, P. (ed.) (1996). Frontiers of Cognitive Therapy. The Guilford Press. New York.

✓ Sample, D. & Smyth, R. (2013). Oxford Handbook of Psychiatry. Oxford University Press. New York.

✓ Samuel, DB. *et al.* (2013). Comparing methods for scoring personality disorder types using maladaptive traits in DSM-5. In: Assessment, 20: 353-361.

✓ Satel, S. & Lilienfeld, SO. (2013). Brainwashed: The Seductive Appeal for Mindless Neuroscience. Basic Books. New York.

✓ Schneider, K (1958) [1923]. Psychopathic personalities. IL: Thomas. Springfield.

✓ Scott, PD. (1960). The treatment of psychopaths. In: British Medical Journal, i: 1641-6.

✓ Segal, DL. *et al*. (2006). Personality Disorders and Older Adults: Diagnosis, Assessment, and Treatment. Wiley. Hoboken.

✓ Segal, ZV. *et al*. (2002). Mindfulness-Based and Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse. The Guilford Press. New York.

✓ Segall, MH. *et al*. (1990). Human behaviour in global perspective: an introduction to cross-cultural psychology. Pergamon. New York.

✓ Shapiro, D. (1965). Neurotic Style. Basic Books. New York.

✓ Shindles, A. *et al*. (2013). What predicts outcome, response, and drop-out in CBT of depressive adults? A naturalistic study. In: Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 41(3): 365-70.

✓ Siever, LJ. & Davis, KL. (1991). A psychobiological perspective on personality disorders. In: American Journal of Psychiatry, 148: 1647-1658.

✓ Sigrell, B. (2000). Psykoanalytiskt orienterad psykoterapi. Nature & Kultur. Stockholm.

✓ Singh, NN. *Et al*. (eds.) (2018). Handbook of Recovery in Inpatient Psychiatry. Springer. Nature. Switzerland.

✓ Skinner, BF. (1953). Science and Human Behaviour. Macmillan. New York.

✓ Skodol, AE. (2008). Longitudinal course and outcome of personality disorders. In: Psychiatric Clinics of North America, 31: 495-503.

✓ Skodol, AE. Et al. (2002). The borderline diagnoses I: psychopathology, comorbidity, and personality structure. In: Biological Psychiatry, 51: 936-50.

✓ Skodol, AE. Et al. (2005). Two-year prevalence and stability of individual DSM-IV criteria for schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: toward a hybrid model of Axis II disorders. In: American Journal of Psychiatry, 162: 883-9.

✓ Snhneider, B. (2008). How do personality disorders modify suicide risk? In: journal of personality disorders, 22(3): 233-45.

✓ Soloff, PH. & Chiapetta, L. (2012). Subtyping borderline personality disorder by suicidal behavior. Journal of Personality Disorders, 26(3): 468-80.

✓ Sperry, L. (2006). Cognitive Behavior Therapy of DSM-IV-TR Personality Disorders: Highly Effective Interventions for the Most Common Personality Disorders. Second edition. Routledge. New York.

✓ Spitzer, MD. *et al.* (2002). DSM-IV-TR Casebook: A Learning Companion to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. First edition. American Psychiatric Publishing. Washington DC.

✓ Stone, M. (1993). Abnormalities of Personality: Within and Beyond the Realm of Treatment. Norton. New York.

✓ Tafrate, RC. & Mitchell, D. (eds.) (2014). Forensic CBT: A Handbook for Clinical Practice. Wiley. Chichester.

✓ Topor, A. (2012). Managing the Contradictions: Recovering from Severe Mental Illness. LAP LAMBERT Academic Publishing. Saarbrucken.

✓ Townsend, MC. (2011). Nursing Diagnoses in Psychiatric Nursing: Care Plans and Psychotropic Medications. F. A. Davis company. Philadelphia.

✓ Triebwasser, J. et al. (2013). Paranoid personality disorder. In: journal of Personality Disorders, 27: 1424-31.

✓ Tseng, WS. (2003). Clinician's Guide to Cultural Psychiatry. Academic press. London.

✓ Tyrer, P. (2013). Models for Mental Disorder. Fifth edition. Wiley-Blackwell. Oxford.

✓ Tyrer, P. (2014). A comparison of DSM and ICD classifications of mental disorder. In: Advances in Psychiatric Treatment, 20: 280-5.

✓ Tyrer, P. et al. (2015). Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. Lancet, 385: 717-25.

✓ Wetterberg, L. (2013). Psykiatri i fickformat. Seventh edition. POD.

✓ Wetzler, S. & Morey, LC. (1999). Passive-aggressive personality disorder: the demise of a syndrome. In: Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes. 62(1): 49-59.

✓ Widiger, T. (ed.) (2012). The Oxford Handbook of Personality Disorders. Oxford University Press. New York.

✓ World Health Organization (1992). ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Volume 1. World Health Organization. Geneva.

✓ Yalom, ID. (1980). Existential Psychotherapy. Basic Books. New York.

✓ Young, J. E. (1999). Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-Focused

Approach. Third Edition. Professional Resource Exchange. United States of America.

✓ Young, JE. (1998). Young Schema Questionnaire Short Form. Cognitive Therapy Center. New York.

✓ Young, JE. (ed.) (1994). Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-Focused Approach. Revised edition. Professional Resource Exchange. Sarasota.

✓ Young, JE. et al. (2003). Schema therapy: A practitioner's guide. The Guilford Press. New York.

✓ Zimmerman, M. (1994). Diagnosing personality disorders: a review. In: Archive of General Psychiatry, 51: 221-45.

✓ Zimmerman, M. et al. (2008). The frequency of personality disorders in psychiatric patients. In: Psychiatric Clinics of North America, 31: 405-20.

✓ Zuckerman, M. (2005). Psychology of Personality. Cambridge University Press. New York.

✓ رجل الكهف، دافيد (2018). حوار مع رجل الكهف في: ما المثقف؟ المحاورة الأولى. الإصدار الثاني. دروملين للتوزيع والنشر. الجزائر. (الأرقام المشار إليها هي أرقام فقرات وليس صفحات)

داني "مقاطعا": حسبك يا صاح. يكفي كل هذا. إنها العاشرة صباحا!

لوسيل: لقد تكلمت مدة أربع وعشرين ساعة يا رجل الكهف! بل إنك لم تأكل شيئًا على الاطلاق. وبالطبع، نحن كذلك.

رجل الكهف: إني معتاد على هذا، لكنني الآن انتبهت إلى أنه كان يجب عليكما أنتما أن تأكلا.

داني: دعك من الأكل الآن يا عزيزي. أريد أن أعبر لك عن امتناني. لقد كان حوارًا رائعًا جدًا، وتزداد روعته بكونه غير متوقع، وبالطبع، كونه ثريًا بهذا الكم من المعلومات المترجمة من أهم المراجع في هذا المجال وأحدثها. لك جزيل الشكر.

لوسيل: لقد استمتعت كثيرًا في هذه الرحلة التي أخذتنا فيها لمدة أربع وعشرين ساعة في عالم الشخصيات التي تمكنا من خلالها عيش تجارب الآخرين والنظر الى الحياة من مناظيرهم.

كانت مغامرة رائعة بالفعل. لكن عليك الأكل الآن ومن ثم النوم.

رجل الكهف "بوجهه الخالي من التعابير": لا تقلقي يا عزيزتي، تناولا الطعام أنتما، أنا سأخرج قليلا.

تمت المحاورة

27 September 2019 - 04:12 am.

Oxie, Sverige

---

[1] دون الخوض هنا في الجدل الجاري حول هذا الأمر في فلسفة الأخلاق الطبية.

[2] يجب التنويه هنا أن هذه ليست قاعدة صارمة، فبعض الأكاديميين لا يلتزمون بها. في الحقيقة، إن عددًا من المصادر الرئيسية لهذه المحاورة لا تلتزم بها، فمثلاً (Beck 2016) يطلق اسم اضطراب الشخصية على صاحبه، فيقول على سبيل المثال: "الشخصيات النرجسية" عوضًا عن "الأشخاص ذوي اضطراب الشخصية النرجسية" أو على الأقل: "ذوي الشخصيات النرجسية".

[3] أقترح كتاب (Beck 2016) للنظر في كيفية علاج كل اضطراب من اضطرابات الشخصية باستخدام العلاج المعرفي كما أنه مزود بأمثلة عن حالةٍ لكل اضطراب وكيفية العمل على علاجها والذي قد تم تحريره مؤخرًا بواسطة مؤسس العلاج المعرفي **Aaron T. Beck**.

[4] أقترح كتب مؤسسة العلاج السلوكي الجدلي (**Marsha M. Linehan**) المدرجة في قائمة المراجع للنظر في كيفية علاج كل اضطراب من اضطرابات الشخصية باستخدام العلاج السلوكي الجدلي.

[5] في العام الماضي، 2018، اتصلت بي دار دروملين للتوزيع والنشر في مقترح للتعاون في نشر كتاب حوار مع رجل الكهف في: *ما المثقف* (رجل الكهف 2018)، فطلبت منهم بعض الوقت كي أعيد قراءته بحثًا عن أي أخطاء، وربما القيام ببعض التحسينات. هذا الوقت قد امتد لثلاثة أشهر من العمل المتواصل بحثًا عن تصويبات وتحسينات انحصرت في جلها بأرقام الفقرات، وتشكيل الكلمات، بل وحروف الكلمات - كي أتأكد من أن القارئ سيقرأ الكلمة كما أريد منه أن يقرأها- كما وعلامات الترقيم، والتدقيق النحوي، بالإضافة إلى إعادة صياغة الجمل وتنسيق الفقرات لعدد لا يحصى من المرات، ونحو هذا من التفاصيل التافهة.

لقد خسرت ربع عام من حياتي وخمسة عشر كيلو غرامًا من جسدي وأنا جالس على مكتبي أقوم بتصويبات وتنقيحات لن ينتبه إليها أحد على الإطلاق -إلا أنا. وفوق هذا، فإني عندما كنت مجبرًا على إنهاء هذه المهمة الساذجة، العقيمة، التي كانت قد قيدتني من كل أطرافي، لأشهر الصيف كلها، على كرسي مكتبي ناظرًا من نافذتي إلى الآخرين الذين يستمتعون بدفء الشمس في بلد تبخل عليه الشمس بنورها ودفئها لأوقات طويلة معظم العام، وبما أني لم أكن قد رضيت بعد عن نتيجة التعديلات التي كنت قد وصلت إليها، فإني كتبت في مقدمة تلك الطبعة: "إني أتوقع أني قد وقعت في أخطاء أكثر في الإصدار الثاني -والتي من شأنها ألا تجعله مثاليا-... إني اليوم أعي، أكثر من أي وقت مضى، وأكثر من أي إنسان آخر، مكامن النقائص والعيوب المحتملة في النص" وهذا بسبب إدراكي أنني لم أبلغ الكمال في مهمتي، رغم أني أعي أن هذا أمر لا يفكر به أحد غيري مطلقًا، اللهم إلا بعض أقراني "المثاليين" (رجل الكهف 2018: -1-0). **إن هذا هو مثال على ما نتكلم عنه هنا.**

يمكنك التفكير هنا كم هي الأوقات التي أهدرها في حياتي، بشكل عام، على توافه الأمور عديمة المعنى - وبطبيعة الحال المال والجهد المرافق لهذه الانشطة.

[لقد أدركت الآن أنني أعمل على تنسيق هذه الملاحظة الهامشية لنحو خمس وأربعين دقيقة ولم أجد التنسيق الذي يرضيني –أنا أكتب هذه الملاحظة عند المراجعة الختامية بعد التنسيق وقبل الطباعة وليس في مراحل العمل على المخطوطة. هذا يعني أنني لمدة خمس وأربعين دقيقة أعيد تنسيق ما كنت قد اعتبرته عملاً منتهيًا في السابق.]